

# Tilbakehold og samhandling.

*Utfordringer for sosialtjeneste og institusjon i en § 6-2 sak*

Per-Willy Ormestad



Masteroppgave i psykososialt arbeid - selvmord, rus, vold og traumer,  
Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet.

UNIVERSITETET I OSLO

Våren 2012

# **Tittel: tilbakehold og samhandling**

*Utfordringer for sosialtjeneste og institusjon i en § 6-2 sak*

© Forfatter Per-Willy Ormestad

År 2012

Tittel Tilbakehold og samhandling.

Forfatter Per Willy Ormestad.

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

## Sammendrag

Samarbeid underveis i tilbakeholdssaker antas å være av sentral betydning, både for utfallet og for brukerens, sosialtjenestens og institusjonens opplevelse av prosessen. Tematikken er lite omhandlet i den forskning som er foretatt på feltet. Denne oppgaven ser på hvilke faktorer som kan fremme/hemme en god samarbeidsprosess mellom sosialtjenesten og institusjonen underveis i en plassering etter Lov om sosiale tjenester § 6-2. Informanter fra sosialtjenesten i kommunen og fra en institusjon utpekt av helseforetaket til å skulle ta imot pasienter etter denne bestemmelsen er intervjuet. Resultatet viser et behov for at det ryddes i ansvarsforholdene underveis i en sak om tilbakehold. Det knytter seg en usikkerhet sosialtjeneste og institusjon i mellom, i forhold til hvem som innehar hvilken rolle og funksjon underveis i perioden på tilbakehold. Det uttrykkes fra informantene ved institusjonen behov for en oversikt over hvilke tilbud sosialtjenesten disponerer i forhold til egne kommunale tiltak og informantene fra kommunene uttrykker behov for innsikt i institusjonens faglige tilbud. Sentrale forutsetninger for utvikling av et godt samarbeid organisasjonene i mellom er ikke fullt ut på plass, og faren er at en helhetlig og sammenhengende prosess blir oppstykket og delt. Det viser seg at sosialtjenesten kan være helt fraværende underveis i selve plasseringen, og at institusjonen mer eller mindre er overlatt til seg selv for å fylle tiden i tilbakeholdsperioden.

Det fremstår videre et behov for tiltak på personnivå for de ansatte, som kan bygge opp under og fremme samarbeidet i den konkrete sak om tilbakehold på en slik måte at det kan betegnes som et tverrfaglig/tverrprofesjonelt samarbeid, og ikke hovedsakelig være flerfaglig preget som det gis uttrykk for å være i dag.

Det samarbeidet som skjer mellom sosialtjeneste og institusjon i dag, etableres etter at selve plasseringen er foretatt og dreier seg om å organisere selve innsatsen aktørene imellom innenfor hver av deres ansvarsområder.

Det er gjennom analysen i undersøkelsen identifisert tre temaer som anses betydningsfulle for samarbeidet mellom sosialtjeneste og institusjon i en sak om tilbakehold; kontakt, forutsigbarhet og realistiske forventninger. De funn som er gjort presenteres innenfor disse hovedoverskriftene og med bakgrunn i funnenes implikasjoner for teori og praksis foreslås det fem konkrete tiltak som anses å kunne styrke samarbeidet: utarbeidelse av en handlingsveileder for samarbeid, gjennomføring av kompetanseheving innen metoden

tverrfaglig samarbeid, at man beveger seg fra utarbeidelsen av en flerfaglig tiltaksplan og epikrise til utarbeidelse av et fellesfaglig dokument, utarbeidelse av verktøy for evaluering og at det foretas en gjennomgang og eventuelt en utvidelse av fylkesnemnda sin funksjon.

## **Forord**

Denne oppgaven er avsluttende eksamen på Master i psykososialt arbeid- selvmord, rus, vold og traumer, studieretning rus og avhengighetsproblematikk ved Universitetet i Oslo.

Jeg har tatt dette studiet på deltid over 3 år, samtidig som jeg har stått i min jobb som ruskonsulent i Kristiansand kommune. Min enhetsleder Hilde Stokkeland skal ha stor takk for den tilrettelegging hun har bistått med for at jeg har kunnet gjennomføre dette studiet. Det samme skal også mine gode kollegaer ved enhet for sosiale og forebyggende tjenester og da spesielt mine kollegaer i rusteamet.

Takk skal også rettes til mitt studiested Senter for rus og avhengighetsforskning, for at de har vært behjelpelige med å gi meg den nødvendige motivasjon til å påbegynne og å fullføre en masteroppgave innen en travel arbeidshverdag.

En stor takk skal også rettes til min veileder professor Anne Marie Støkken ved Universitetet i Agder for hennes tålmodighet og flotte faglige veiledning underveis i prosessen. En uvurderlig bistand for en praktiker som meg.

En stor takk til mine informanter, for at de stilte opp for meg og lot meg få bruke av deres tid og erfaring for å få et innblikk i deres hverdag og opplevelse av det å jobbe med tilbakehold. Dette har vært av uvurderlig betydning for arbeidet.

Likeså skal HUSK prosjektet takkes for deres stipend, som har gjort det mulig for meg å klare å gjennomføre prosjektet i praksis uten alt for stor belastning på min private økonomi.

Mandal, april 2012

Per Willy Ormestad.

# Innholdsfortegnelse

1. Introduksjon .....	1
1.1 Begrepsavklaring.....	1
1.2 Min bakgrunn for valg av temaet .....	2
1.3 Endringer i rusbehandlingen i Norge .....	3
1.3.1 Rusreformene .....	3
1.3.2 Fra sosialtjenestelov til helse- og omsorgstjenestelov .....	4
1.4 Et møte mellom to system og to lover.....	6
1.5 Problemstilling .....	7
1.6 Studiens viktighet.....	8
1.7 Andre studier .....	9
1.8 Leseveiledning .....	10
2. Teoretisk tilnærming/bakteppe.....	11
2.1 Interorganisatorisk samarbeid .....	12
2.2 Samarbeid på personnivå .....	13
3. Bakgrunn .....	16
3.1 Hovedregelen for tilbakehold.....	16
3.2 Tilbakehold for å skjerme fosteret .....	17
3.3 Tilbakehold for utredning, tilrettelegging og motivering til frivillig behandling .....	17
3.4 Sosialtjenestens rolle .....	18
3.5 Spesialisthelsetjenestens rolle .....	19
3.6 Avrunding.....	20
4. Metodisk tilnærming .....	21
4.1 Utvalg/informanter .....	21
4.2 Intervjuene.....	24
4.3 Analyse.....	24
4.4 Mitt ståsted .....	26
4.5 Ethiske betraktninger.....	27
4.6 Avrunding.....	28
5. Empiri.....	29
5.1 Kontakt.....	30
5.1.2 Spesialisering i sosialtjenesten .....	30
5.1.3 Samarbeidsmøter og ansvarsgruppe.....	33

5.1.4 Sosialtjenestens tilstedeværelse underveis i plasseringen .....	37
5.2 Forutsigbarhet.....	39
5.2.1 En mangel på prosedyrer .....	39
5.3 Forventninger til hverandre .....	43
5.3.1 Innsikt i og forståelse av hverandres systemer .....	43
5.3.3 Ventetider på videre behandling .....	44
5.3 Avrunding.....	45
6. Diskusjon.....	46
6.1 Dataene sett i lys av teori om interorganisatorisk samarbeide .....	46
6.1.1 Domenekompabilitet .....	46
6.1.2 Ideologisk- og kvalitetsmessig kompabilitet.....	49
6.1.3 Mandatkompabilitet .....	50
6.2 Dataene sett i lys av teori om samarbeid på personnivå .....	53
7. Oppsummerende avslutning .....	57
7.1 Handlingsveileder.....	58
7.2 Kompetanseheving .....	59
7.3 Fra en flerfaglig tiltaksplan og epikrise, til et fellesfaglig dokument .....	60
7.4 Verktøy for evaluering .....	61
7.5 Fylkesnemnda sin funksjon.....	61
8. Litteraturliste. ....	63
Vedlegg 1: kvittering fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste .....	65
Vedlegg 2: informasjonsskriv til deltagere i undersøkelsen .....	66
Vedlegg 3: temaliste for intervju.....	68
Vedlegg 4: subgrupper, kondensering og sammenfatning av data.....	69
Vedlegg 5: matrise .....	72





# 1. Introduksjon

Denne oppgaven søker å synliggjøre faktorer som kan fremme samhandlingen mellom sosialtjenesten og institusjonen i en plassering av en rusmiddelmisbruker på tilbakehold etter den tidligere Lov om sosiale tjenester § 6-2 (sosialtjenesteloven) (Lov om sosiale tjenester m.v. 1991).

Tilbakehold etter denne bestemmelsen er et omdiskutert tema. Dette gjelder både selve muligheten til å iverksette en slik sak overfor målgruppen og det å ikke skulle gripe inn i en persons liv når de befinner seg i en slik livssituasjon bestemmelsen retter seg inn mot.

I diskusjonen har det spesielt blitt satt fokus på hvem som kan iverksette en slik sak, bruken av midlertidige vedtak og utfordringer ved selve utøvelsen av- og innholdet i selve tilbakeholdet.

Det er knyttet utfordringer til samarbeidet mellom sosialtjenesten og institusjonen i en slik sak, og jeg har i oppgaven hatt som mål å identifisere faktorer som kan fremme/hemme dette samarbeidet.

Denne undersøkelsen er foretatt med grunnlag i et kvalitativt studiedesign. Jeg søker å belyse undersøkelsens problemstilling og forskerspørsmål, ved analyse av data innhentet gjennom et semistrukturert intervju. Jeg har intervjuet informanter fra både sosialtjenesten i kommunen og fra en institusjon som utøver tilbakehold etter bestemmelsen.

Mine funn blir presentert og til dels kommentert i et eget kapittel, og sentrale implikasjoner funnene vil kunne ha vil bli diskutert med bakgrunn i utvalgt teori om interorganisatorisk- og tverrfaglig samarbeid.

## 1.1 Begrepsavklaring

I oppgaven benyttes begrepene pasient og bruker litt om hverandre, og det vektlegges ikke noe mer i begrepsvalget enn hva som passer seg der og da. Det benyttes begrepet *pasient* når det kobles opp mot spesialisthelsetjenesten eller sykehuset og begrepet *bruker* når det kobles opp mot kommunens tjenestetilbud. Denne bruken av begrepene samsvarer med det skillet

som er innført med den nye Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester med mer (helse- og omsorgstjenesteloven) (helse- og omsorgstjenesteloven 2011).

I oppgaven benyttes begrepet *tilbakehold* og ikke tvang da loven benytter begrepet tilbakehold, og da jeg oppfatter dette begrepet som mer dekkende og presist i forhold til hva saken gjelder, enn hva begrepet tvang gjør. Begrepet tvang opplever jeg å gi assosiasjoner til tvangsbehandling, noe det ikke er adgang til etter bestemmelsene om tilbakehold.

Videre anvendes betegnelse *misbruk* og *rusmiddelmisbruker* med begrunnelse av at sosialtjenesteloven benytter seg av disse betegnelse frem til den ble erstattet med et nytt lovverk i 2012. Intervjuene ble gjennomført høsten 2011, før det nye lovverket trådte i kraft.

Sosialtjenesten er et innarbeidet navn på en sentral forvalter av den tidligere sosialtjenesteloven. Det nye lovverket iverksatt fra januar 2012 benytter som vi senere kommer inn på i større grad *kommunen* som begrep. Det er nå opp til den enkelte kommune hvordan en organiserer seg for å ivareta bestemmelsene om tilbakehold. I denne oppgaven benyttes både betegnelsen *kommunen* og *sosialtjenesten* da informantene selv bruker disse betegnelse.

## **1.2 Min bakgrunn for valg av temaet**

Jeg har valgt å se på en bestemmelse som etter gitte kriterier gir adgang til tilbakehold på en behandlingsinstitusjon uten eget samtykke for en person som misbruker rusmidler, og ser nærmere på samarbeidsprosessen mellom sosialtjenesten som iverksetter saken om tilbakehold og institusjonen som utøver selve tilbakeholdet.

Tematikken er valgt ut i fra min bakgrunn fra arbeid i den kommunale sosialtjenesten siden 1993, og med de erfaringer jeg har gjort meg i forhold til arbeid med bestemmelsene om tilbakehold fra da de ble innført.

I dagens diskusjon og foretatte evaluering av bestemmelsen virker det å være lite fokus på det jeg selv har erfart som av vesentlig betydning for bruken, og utfallet av en slik plassering, selve den grad av samhandling en klarer å oppnå mellom sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Jeg er av bakgrunn sosionom, med spesialkompetanse i sosialt arbeid innen rusfeltet.

### **1.3 Endringer i rusbehandlingen i Norge**

Rusbehandlingen i Norge har det siste tiåret vært gjenstand for store organisatoriske endringer som har medført endringer i fordelingen av ansvar og oppgaver mellom kommune, fylkeskommune og spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder også bestemmelsene om tilbakehold og hvordan dette gjennomføres i praksis.

#### **1.3.1 Rusreformene**

Det ble i 2002/2003 gjennomført to rusreformer, begge iverksatt i 2004. Deler av ansvaret som tidligere lå hos fylkeskommunen og kommunen ble i rusreform 1 overført til staten ved spesialisthelsetjenesten (Ot.prp.3 (2002-2003):26). Ansvaret som ble overført gjaldt først og fremst de tiltak som kan betegnes som en spesialisert tjeneste i forhold til målgruppen rusmisbrukere, og begrepet tverrfaglig spesialisert rusbehandling ble innført som et eget ”sekkebegrep” for å dekke dette nye området av rusfeltet.

De tiltak som betegnes som tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og som nå er en del av spesialisthelsetjenestens ansvarsområde etter rusreformen, er kort oppsummert:

- avrusing (etter henvisning) som krever tett medisinsk og helsefaglig oppfølging
- (helsefaglig) utredning og kartlegging av egnet behandlingsbehov
- spesialisert (vesentlig helsefaglig) behandling, poliklinisk eller i institusjon (Ot.prp.nr. 3 (2002-2003):18).

Rusreform 2 er en fullføring av den prosess som ble iverksatt i rusreform 1. Gjennom reformen ble prosessen med å gå fra tre forvaltningsnivåer, hvor både staten, fylkeskommunen og kommunen har ansvaret for finansiering og drifting av rusinstitusjoner, til at ansvaret blir liggende på to nivåer sluttført. Kommunen får ansvaret for spesialiserte sosiale tjenester og omsorg, mens staten har ansvaret for de spesialiserte tjenestene. Reform 2 samler ansvaret for tiltak for rusmiddelmisbrukere, utenom de nevnte spesialiserte tjenestene, til kommunen og innfører en lovfestet rett til individuell plan for personer med langvarige og sammensatte behov tjenester (Ot.prp.nr 54 (2002-2003)).

Før reformene var blant annet ansvaret for å skaffe tilveie plasseringsmuligheter, med hjemmel i bestemmelsene om tilbakehold, lagt til sosialtjenesten og fylkeskommunen.

Gjennom rusreformene er ansvaret for å peke ut og sørge for et tilstrekkelig antall institusjoner som tar imot denne typen plasseringer et ansvar for spesialisthelsetjenesten ved helseforetaket, og da som en del av det som betegnes som tverrfaglig spesialisert rusbehandling (Ot.prp.nr 3 (2003-2003):26).

### **1.3.2 Fra sosialtjenestelov til helse- og omsorgstjenestelov**

Bestemmelsen om tilbakehold uten eget samtykke, har fra 1993 og ut 2011 vært hjemlet i sosialtjenesteloven § 6-2 (Lov om sosiale tjenester m.v. 1991). Sosialtjenesteloven ble fra og med den 1.1.12 erstattet av helse- og omsorgstjenesteloven (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. 2011). Bestemmelsen om tilbakehold uten eget samtykke, som oppgaven tar utgangspunkt i, er videreført i den nye lovens § 10-2.

I den nye helse- og omsorgstjenesteloven er også bestemmelsen om tilbakehold av gravide uten eget samtykke og bestemmelsen om tilbakehold på institusjon med eget samtykke videreført i sin helhet i henholdsvis §§ 10-3 og 10-4 (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. 2011).

I den nye helse og omsorgstjenesteloven er begrepet klient utelatt og erstattet med begrepet *pasient* for de som mottar helsetjenester og begrepet *bruker* er innført om de som mottar omsorgstjenester (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. 2011).

Det er også kommet noen prosessuelle endringer når det gjelder saksgangen ved fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker (fylkesnemnda) når det gjelder saker om tilbakehold. Denne reguleres pr i dag av barnevernloven §§ 7-1 til 7-8 og 7-11 til 7-23 dersom ikke annet fremkommer av helse og omsorgstjenesteloven (Lov om barneverntjenester 1992).

Fylkesnemnda har de samme funksjoner i det nye lovverket som tidligere, da som vedtaksorgan for denne typen saker hvor den endelige beslutning om plassering fattes (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester 2011).

Det skal være en fylkesnemnd i hvert fylke, og denne skal bestå av en eller flere ledere som fyller kravene til dommer, et utvalg av fagkyndige og et alminnelig medlemsutvalg (Lov om barneverntjenester 1992).

I den konkrete sak om tilbakehold består fylkesnemnda av en nemndsleder, et medlem fra det alminnelige utvalget og et medlem fra det sakkyndige utvalget. Nemndsleder kan dersom saken er komplisert beslutte at det skal være med to medlemmer fra det alminnelige utvalget

og to medlemmer fra det sakkyndige utvalget. Dersom partene samtykker kan nemndsleder avgjøre saken alene når hensynet til en betryggende saksbehandling ikke er til hinder for det. En ordinær saksbehandling består av at fylkesnemnda innkaller til et forhandlingsmøte med partene hvor saken føres for nemnda, hvorefter den så fatter en beslutning (Lov om barneverntjenester 1992).

Innhenting av data i forbindelse med min oppgave er som nevnt foretatt på et tidspunkt hvor sosialtjenesteloven fremdeles var gjeldende, og erfaringene informantene deler med seg er knyttet opp mot praktiseringen av dette lovverket. Bestemmelsene om tilbakehold av rusmiddelmisbrukere er som tidligere beskrevet videreført i sin helhet i den nye helse- og omsorgstjenesteloven. Oppgavens fokus og de innhentede data anses å være like relevante selv om det har skjedd en endring i bestemmelsens plassering i lovverket.

Den største og vesentligste endringen innføringen av den nye loven bringer med seg i forhold til tilbakehold, er kommet i sentrale endringer i sosialtjenestens rolle og ansvar. Det nye lovverket gir adgang til at den enkelte kommune selv kan velge hvordan den skal organisere seg ut fra den nye lovens bestemmelser, og bestemme hvor og hvem som skal ivareta de enkelte oppgaver og funksjoner på best mulig faglig måte (Prop. 91 L (2010-2011)). Sosialtjenesteloven § 6-1 som forankret ansvaret for hjelpetiltak for rusmiddelmisbrukere til kommunens sosialtjeneste er ikke videreført. Innholdet i denne bestemmelsen blir i utdypet i kapittel 3.4.

Selv om ansvaret ikke lenger ligger tydelig hos en enkelt aktør innenfor kommunen, slik det tidligere har vært forankret hos sosialtjenesten, er det blitt presisert gjennom forarbeidene til den nye loven at loven ikke innebærer noen innskrenkninger i sosialtjenestens ansvar i forhold til tematikken oppgaven belyser (Prop. 91 L (2010-2011)).

Jeg kunne ha valgt å problematisere innholdet i den nye loven og også brukt mer tid på selve samhandlingsreformen (St.meld. 47 (2008-2009)) som denne er en del av, men velger ikke å gjøre dette her og nå. Dette er ikke spesielt relevant. Den nye loven om helse- og omsorgstjenester er en del av samhandlingsreformen, men foreløpig er det gjort noen unntak når det gjelder blant annet rusfeltet. Introduksjonen av det nye lovverket er også så ny, at det ikke er gjort særlige erfaringer med den enda om mitt tema. De informantene jeg har intervjuet og de data jeg har samlet inn, relaterer seg direkte til praktisering av sosialtjenesteloven.

Jeg vil i størst mulig grad i den videre presentasjonen holde fokuset på erfaringer gjort under praktisering av den tidligere sosialtjenesteloven.

I oppgaven benyttes presens form når det vises til sosialtjenesteloven og dens bestemmelser, og det vil i presentasjonen ikke gjennomgående benyttes ”den tidligere sosialtjenesteloven...” Der det eventuelt er kommet inn endringer i de juridiske forholdene av betydning for oppgaven i den nye helse og omsorgstjenesteloven, vil dette bli trukket frem og det vil da bli henvist direkte til denne.

#### **1.4 Et møte mellom to system og to lover**

Plassering og tilbakehold av en rusmiddelmisbruker på en institusjon uten eget samtykke etter sosialtjenesteloven § 6-2, innebærer en alvorlig inngripen i den enkeltes frihet.

Gjennomføringen av en slik sak er en prosess med utfordrende overganger både før, under og etter en slik plassering.

En plasseringen på tilbakehold skjer med hjemmel i sosialtjenesteloven, med bakgrunn i et vedtak fattet av fylkesnemnda, da etter en begjæring fra sosialtjenesten. Selve tilbakeholdet skal foretas av en institusjon innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, praktiserende under spesialisthelsetjenesteloven (Lov om spesialisthelsetjenesten m.m., 1999). To forskjellige systemaktører møtes med to forskjellige lovverk og to relativt vidt forskjellige oppgaver og roller i forvaltningen av bestemmelsen om tilbakehold og hvor begge har en intensjon om å få til et best mulig forløp for pasienten.

Dette skjer uten at de berørte regelverkene i tilstrekkelig grad er harmonisert, noe som stiller store krav til dialog og samarbeid aktørene imellom i denne typen saker (brev fra Helsedirektoratet, 12.5.2010, ref 08/8983).

Selve plasseringen kan også foretas akutt gjennom et midlertidig vedtak (forklares nærmere i kapittel 3.4), og også med politiets bistand etter sosialtjenestens § 8-9 (Lov om sosiale tjenester m.v., 1991). Adgangen til å benytte bistand fra politiet til plasseringen er etter den foretatte endring i lovverket flyttet til spesialisthelsetjenesteloven § 6-4 (Lov om spesialisthelsetjenesten m.m., 1999). Tilbakehold er da en situasjon som oppleves særlig utfordrende og problematisk for institusjonen og pasienten, da den kommer brått på og plasseringen kan være lite forberedt (Lundeberg, Mjåland, Søvig, Nilssen og Ravneberg 2010). Institusjonen kan bokstavelig talt få inn en pasient som kun har med seg det han/hun

står og går i, og da til alle døgnets tider, noe som stiller særskilte utfordringer til sosialtjenesten og institusjonen om å være løsningsorienterte og tilstede i de praktiske oppgaver dette måtte medføre.

Etter at oppholdet på tilbakehold er i gang, kommer selve arbeidet både sosialtjenesten og institusjonen har med å bygge en relasjon til hverandre og overfor pasienten. Det skal gjennom tilbakeholdelsesperioden på inntil tre måneder fokuseres på, gjennom utredning, tilrettelegging og motivering å oppnå en situasjon hvor pasienten ønsker videre frivillig behandling. Institusjonen har interne føringer/utviklet praksis for innholdet i tilbakeholdelsestiden og for hvordan samarbeidet med sosialtjenesten skal og bør være for å oppnå denne målsettingen. Mens kommunene og deres sosialtjeneste er ulikt utformet både med tanke på organisering av tjenester, kompetanse innenfor området og hvilke ressurser man har til rådighet lokalt i forhold til det å stå i og fullføre en slik prosess.

Etter at tilbakeholdsperioden er over involveres det så nye aktører og det foretas en eventuell overføring til en ny institusjon, med et eget behandlingsopplegg, inntaksprosedyrer og ventetider. Et opplegg forutsatt å være på plass, klart og forberedt til å ta imot og tilby den behandlingen pasienten er i behov av og ønsker.

## **1.5 Problemstilling**

Målet med denne oppgaven er å identifisere faktorer som fremmer/hemmer samarbeidet mellom sosialtjeneste og institusjon underveis i en plassering av en rusmiddelmissbruker på tilbakehold etter sosialtjenesteloven § 6-2 (Lov om sosiale tjenester m.v. 1991).

Begrepet samarbeid rommer noe mer enn en ren samordning av tjenester. Samordning kan sies å rette seg mer mot organisasjonsnivået, mens samarbeid kan sies å foregå mer på et personnivå. I et samarbeid sammenføres flere fagpersoners arbeid til en helhet, med en avhengighet og nærhet til hverandre over tid, hvor resultatet blir til en gjennomført organisering av arbeidet, i en helt annen grad enn hva som kreves i kun en samordning på et organisasjonsnivå. (Lauvås 2004:53).

På bakgrunn av dette søker oppgaven å besvare følgende problemstilling:

*Hvilke faktorer oppleves å fremme/hemme en god samarbeidsprosess mellom sosialtjenesten og institusjonen underveis i en plassering etter Lov om sosiale tjenester § 6-2?*

Det er forsøkt å avdekke faktorer som oppleves å fremme/hemme graden av samarbeid mellom institusjon og sosialtjeneste i den enkelte sak, og da først og fremst ut fra de erfaringer som er gjort av de som deltar tettest på i gjennomføringen av saken.

Sentrale temaer som det sees på er hvordan samarbeidet etableres, ivaretas og følges opp underveis i prosessen. Finnes det utarbeidede prosedyrer eller manualer som følges, egne metoder for samarbeidet og hvordan reflekteres det over samarbeidet? Annet er om det samarbeidet som finner sted bærer preg av å være tverrfaglig (forklares senere i kapittel 2.2). Er det enighet om formålet/målsettingen ved plasseringen, er den enkelte deltager tydelig på sin egen innsats gjennom plasseringen og tydelige på hva de forventer å få igjen? Og om så ikke er tilfellet, hvordan kunne man fått det til?

Med bakgrunn i den valgte problemstilling, er følgende forskerspørsmål utledet som sentrale å søke å besvare gjennom undersøkelsen:

- hvor godt kjenner institusjonen til sosialtjenestens rolle i gjennomføringen av en sak om tilbakehold, utover det å fremme selve begjæringen om tilbakehold til Fylkesnemnda?
- hvor godt kjenner sosialtjenesten til institusjonens rolle, tilbud og innhold i tilbakeholdet?
- hva styrker/svekker samhandlingen?
- hvordan kan det tverrprofesjonelle samarbeidet i større grad sikres?

## **1.6 Studiens viktighet**

Når sosialtjenesten har bestemt at det skal gjennomføres en sak om tilbakehold, og har fått fylkesnemnda sitt vedtak på gjennomføringen av en slik plassering, foreligger det både et etisk og et faglig ansvar sosialtjenesten og institusjonen i mellom for å gjennomføre dette på en best mulig tenkelig måte for den som er berørt av vedtaket. Identifisering av mulige faktorer som kan fremme dette samarbeidet, har betydning både for å få til en mest mulig ivaretagende og hensiktsmessig prosess for pasienten i forløpet av gjennomføringen av en sak om tilbakehold og for hva man oppnår gjennom plasseringen.

Den første nasjonale evalueringen av blant annet sosialtjenesteloven § 6-2 gjennomført ved Uni Rokkansenteret (Lundeberg, Mjåland et al. 2010) bekrefter behovet for ytterligere undersøkelser om dette. Et av hovedfunnene i deres evaluering er behovet for å styrke



samarbeidet og dialogen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, tydeliggjøre arbeidsdelingen, og klargjøre forventningene disse imellom i gjennomføringen av en slik sak. Rapporten deres har ikke i særlig grad gått i dybden på hvordan dette i praksis kan gjøres.

Det er utformet en handlingsveileder, av daværende Sosial og Helsedepartementet, for bruk av tvang overfor rusmiddelmisbrukere både etter §§ 6-2 og 6-2a (Handlingsveileder i bruk av tvang overfor rusmiddelmisbrukere etter Lov om sosiale tjenester §§ 6-2, 6-2a og 6-3, 1999). Slik denne og temakonferanser om tilbakehold i dag fremstår, er det en overvekt av fokus på de juridiske aspekter rundt selve det å fatte vedtaket om plassering og på hvordan denne saken kan gjennomføres i fylkesnemnda.

Dette er ikke noe som støtter opp under og ivaretar det prosessorienterte aspektet med tilbakehold.

Kunnskap om hva praktikere opplever som utfordrende når det gjelder samarbeidet dem imellom, hva de opplever fremmer og hemmer dette, og hvilken betydning de tillegger kontakten mellom sosialtjenesten og institusjonen, er ikke tidligere belyst eller fokusert på i tilstrekkelig grad. Denne kunnskapen anses sentral for å kunne bidra til å sette fokus på, og bidra aktivt til en styrkning av samarbeidet underveis i en sak om tilbakehold.

## **1.7 Andre studier**

Det er foretatt flere andre undersøkelser om tilbakehold etter sosialtjenesteloven, ut over den nevnte nasjonale evalueringen foretatt av Uni Rokkan senteret.

I hovedsak er det undersøkelser foretatt med utgangspunkt i enkelt institusjoner med fokus på institusjonens egen erfaring med arbeidet med tilbakehold. Ullevålundersøkelsen (Welle-Strand 1998), Tyriliundersøkelsen (Sandvig 2000) og Lien og Nilsens undersøkelse om flere institusjoners erfaring med bruk av tvang i behandling av voksne rusmiddelmisbrukere (Lien 2000) har dette som hovedfokus.

Bestemmelsene om tilbakehold har også vært utgangspunktet for en juridisk doktoravhandling, hvor det foretas en gjennomgang av lovverket og de enkelte vilkår for bruk av tilbakehold (Søvig 2007).

Ved Sørlandets sykehus, avdeling for rus og avhengighets behandling, er man i slutfasen av et forskningsprosjekt hvor man evaluerer effekten av tilbakehold etter sosialtjenesteloven § 6-

2. Da blant annet gjennom oppsøkende intervju med den enkelte, og via å foreta analyse av hårprøve tatt 6 måneder etter avsluttet opphold for å spore mulige rusinntak i perioden.

Det er videre foretatt en kunnskapsoppsummering, hvor fokuset har vært på å søke å finne god forskning på effekter av tilbakehold. Det ble ikke funnet tilstrekkelig god nok forskning til å kunne belyse eller svare på dette ut fra de kriteriene som ble satt opp (Steiro 2009).

I en svensk kunnskapsoppsummering, hvor det foretas en gjennomgang av svenske og internasjonale erfaringer med tvangsbehandling av rusmisbrukere, for å søke å svare på om tvang har en effekt eller ikke, ble det konkludert med at tvang har en effekt. Tvang synes å ha en effekt når det gjelder å få ikke motiverte brukere i gang med behandling, og øker sjansen både for å skulle kunne fullføre behandlingsopplegget og for fullførelsen av ettervernet (Gerdner 2010).

## **1.8 Leseveiledning**

I oppgaven vil jeg videre først presentere utvalgt teori, som jeg senere vil bruke i diskusjonen av mine data.

Det vil deretter i bakgrunnskapittelet gis en kort innføring i de bestemmelser om tilbakehold sosialtjenesteloven hjemler og gjøres noe rede for sosialtjenesten- og spesialisttjenesten sin rolle i gjennomføringen av en slik sak.

I metodekapittelet gjøres det rede for mitt ståsted i forhold til problematikken samt etiske utfordringer ved å foreta undersøkelsen og hvordan disse ble håndtert.

Det gis videre en redegjørelse for hvordan undersøkelsen er blitt foretatt, hvoretter det i analysekapittelet gis en grov skisse av hvordan de innsamlede data er blitt håndtert og tolket.

Hovedfunnene presenteres så i et eget kapittel, hvoretter de overordnede implikasjoner av disse diskuteres.

Det gis så en kort oppsummerende avslutning, hvor jeg kommenterer forskerspørsmålenes belysning av problemstillingen, for så under overskriften ”veien videre” å skissere noen praktiske tiltak jeg mener å kunne utlede av den undersøkelsen jeg har foretatt for å fremme samarbeidet mellom sosialtjenesten og institusjonen i en sak om tilbakehold.

## 2. Teoretisk tilnærming/bakteppe

For å belyse problemstillingen kunne interessante data blitt hentet inn både fra et overordnet organisasjonsnivå og via et personnivå. På organisasjonsnivå ville fokus kunne vært lagt på samarbeid på et mer overordnet plan, eksempelvis helseforetak, institusjon og kommuner imellom. Mens det på personnivå ville kunne rettes mot samarbeidet på et mer personlig nivå, eksempelvis behandler og miljøpersonale på institusjonen og ruskonsulent fra kommunen imellom (Willumsen 2009a:35).

Denne oppgaven har fokus på informasjon hentet fra et personnivå, og hvor informantene er de som arbeider nærmest opp til den enkelte pasient i tilbakeholdelsesprosessen.

En gjennomføring av en sak om tilbakehold involverer flere aktører med ulike ansvarsområder og på ulike nivåer hos de involverte organisasjoner/systemer. Hver aktør har mer eller mindre ulike roller og ansvarsområder, som samlet sett skal koordineres i en felles innsats, slik at en gjennom en periode på inntil tre måneder skal utrede, tilrettelegge for og motivere pasienten til å gå inn i et frivillig behandlingsopplegg.

Når det gjelder involverte organisasjoner er det i hovedsak tre hovedaktører involvert i prosessen. Det er kommunen representert ved sosialtjenesten, fylkesnemnda og helseforetaket. Sistnevnte er representert ved vurderingsenheten, primærinstitusjonen som utøver tilbakeholdet, og sekundærinstitusjonen som eventuelt tilbyr den videre behandlingen etter at oppholdet på tilbakehold er avsluttet.

I prosessen på tilbakehold vil det på personnivå, og da kanskje først og fremst i møtene mellom sosialtjenesten og primærinstitusjonen som er det mest interessante i denne sammenhengen, være deltagere både med lik og ulik profesjonsbakgrunn. Det vil hovedsakelig være deltagere som er sosionomer, vernepleiere, sykepleiere og leger. Den enkelte vil ha varierende grad av spesialisering og videreutdanning.

Jeg vil under den senere diskusjonen av hvilke praktiske implikasjoner de funn jeg har gjort kan ha, se dette opp mot relevant utvalgt teori om interorganisatorisk samarbeid og teori om samarbeid på personnivå. To store og komplekse teoretiske felt, hvor jeg har valgt ut deler det gis en kort presentasjon av her. Presentasjonen tas med her, da det teoretiske bakteppet er sentralt for tilnærmingen til å belyse den valgte problemstilling.

## 2.1 Interorganisatorisk samarbeid

Knudsen (1993) skriver om samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser, og belyser her domener og grunnleggende forutsetninger for samarbeid mellom organisasjoner.

Når det gjelder samarbeid mellom organisasjoner, velger jeg her å ta utgangspunkt i det Knudsen betegner som begrepet samarbeid sin positive valør, hvor det innebærer at selvstendige enheter evner å justere sin adferd og politikk, slik at samhandlingen kan skje rasjonelt, uten konkurranse og konflikt, og med best mulig ressursutnyttelse og best mulig ytelse totalt sett (Knudsen 1993:19).

Begrepet domene viser vanligvis til den enkelte enhets funksjoner, tjenester, klientgrupper og geografiske plassering. En sak om tilbakehold, kan i denne forståelsen sies å være et *interorganisatorisk domene*, som definerer et problemområde av felles interesse for flere enheter, og som ut fra dette har en interesse i en eller annen grad av samarbeid og koordinering for å oppnå formålet med plasseringen (Knudsen 1993:35).

Koordinering kan i denne sammenheng sees på som styringen av samhandlingen systemene i mellom, hvor ytelse utveksles mot motytelse, for å kunne gjøre denne mest mulig rasjonell i forhold til måloppnåelsen (Knudsen 1993:18).

Med samarbeid forstås som tidligere nevnt at flere fagpersoners arbeid sammenføres til en helhet og blir til en gjennomført organisering av arbeidet, med en forutsetning om en avhengighet og nærhet i tid og rom deltagerne i mellom (Lauvås 2004:53)

Knudsen (1993) anser tillit mellom partene og muligheten for en reell nytte av samarbeidet som de avgjørende komponenter for etablering av et fungerende samarbeid, og ser på den enkelte enhets evne til å samhandle med andre ut fra disse premissene som avgjørende. Han trekker videre frem tre sentrale premisser for oppnåelsen av dette, som påvirker hverandre, for at et samarbeid mellom organisasjoner på dette nivået skal kunne lykkes; domenekompabilitet, ideologisk og kvalitetsmessig kompabilitet, og mandatkompabilitet.

Med domenekompabilitet mener han at samarbeidet må være nyttig ut fra fordelingen av oppgaver mellom de forskjellige samarbeidspartnerne. Partene må oppleve at det er gevinster å hente i form av å samarbeide (Knudsen 1993:38).

Den gunstigste betingelse for samarbeid har en når enhetene som er ment å skulle samarbeide, står i et gjensidig avhengighetsforhold til hverandre gjennom å ha en delvis overlappende

domenefordeling, når ressursene som utveksles er viktige for begge parter og vanskelige å oppnå andre steder (Knudsen 1993:26).

Ideologisk kompabilitet omfatter blant annet den rådende oppfatning av hva som regnes som god behandling, gode arbeidsmåter og hva institusjonen og dens samarbeidspartnerne står for i praksis. Kvalitetsmessig kompabilitet, som henger tett sammen med ideologisk kompabilitet, omfatter partenes vurdering av hverandres faglige prestasjonsnivå. Enheter som skal samarbeide bør ha mest mulig tilsvarende kvalitetsnivå, og i det minste en respekt for hverandres arbeid (Knudsen 1993:39).

Med mandatkompabilitet menes det påtrykk eller mandat det vil kunne være behov for å få samarbeidet til å fungere dersom de to forannevnte viktige betingelser for samarbeid ikke er tilstrekkelige. En av samarbeidspartnerne eller en overordnet instans kan via et mandat inneha en plikt og rett til å initiere og kontrollere at samarbeidet og koordineringen finner sted gjennom planlegging eller direkte styring. Dette kan også foreligge i form av en juridisk bindende føring om at de involverte skal samarbeide (Knudsen 1993:40).

Aktørene involvert i gjennomføringen av en sak om tilbakehold, ligger ikke innenfor den samme hierarkiske strukturen, men kan sies å ha et koordineringsmandat gjennom fylkesnemnda sitt vedtak om tilbakehold. Det foreligger et felles utgangspunkt og intensjon om at det skal samhandles for å kunne fullbyrde det vedtak som foreligger fra et mer overordnet nivå.

Jeg vil senere i oppgaven (kapittel 6) diskutere et utdrag av mine data i lys av disse begrepene.

## **2.2 Samarbeid på personnivå**

Når flere yrkesgrupper fra ulike systemer skal komme sammen om å gjøre et stykke arbeid, kan arbeidsformen organiseres på ulike måter. De ulike arbeidsformer har sine styrker og svakheter, som bør tenkes gjennom og reflekteres over i praksis. Dette er kanskje spesielt viktig i de situasjoner hvor man opplever og ikke å få til det samarbeidet man i utgangspunktet hadde forventet.

Når samarbeidet ikke fungerer kan det være fristende å lete etter årsaksforklaringer hos den enkelte samarbeidspartners personlige egenskaper, og fokusere på vedkommende sine «feil og mangler», som den direkte årsak til problemene. Dette er en taktikk for å kunne gjøre det

problematiske begripelig, men samtidig også en forklaring som er lite løsningsfokuseret. Dette kan betegnes som *egenskapsforklaringer*, som mer eller mindre ensidig vektlegger individnivået, med utgangspunkt i at mennesker er som de er uten at det er mulig å gjøre noe særlig med dette (Lauvås 2004:27).

En annen måte å se det hele på er å ta utgangspunkt i en *relasjonsforklaring*, hvor man har som utgangspunkt at samarbeid mennesker imellom er en dynamisk prosess, der forholdene medlemmene imellom hele tiden utvikler seg og det utvikles relasjoner i mellom dem. Dette utgangspunktet åpner opp for en analyse og mulighet for handling på flere nivåer når problemene i samarbeidet oppstår (Lauvås 2004:28).

*Tverretatlig samarbeid* baseres først og fremst på at deltagerne kommer fra ulike etater og ikke fordi de representerer ulike profesjoner, og i praksis tenkes det lite på hvilken form det tverrfaglige arbeidet skal ha eller hvilket ambisjonsnivå som skal gjelde for tverrfagligheten i samarbeidet (Lauvås 2004:42).

Betegnelsen at det arbeides *flerfaglig*, benyttes for å beskrive et samarbeid hvor flere yrkesgrupper/etater jobber ved siden av hverandre, eller parallelt inn mot brukeren med sterkt atskilte fagområder (Willumsen 2009b:21). Når arbeidet utformes etter en flerfaglig modell vil hvert fag eller deltager bidra til å belyse et problem, men det etableres ikke noen direkte kontakt mellom de ulike innfallsvinkler og kunnskapsbaser som den enkelte representant representerer. En følge kan være at syntesen av den frembrakte innsikten lages utenfor selve samarbeidsforumet. Dette er tverrfaglig samordning og ikke tverrfaglig samarbeid (Lauvås 2004: 46).

Willumsen (2009) oppfatter *tverrprofesjonelt samarbeid*, som hun mener er synonymt med tverrfaglig samarbeid, til å være kjennetegnet av at flere profesjoner jobber tett sammen med en felles oppgave eller et felles prosjekt, hvor man er engasjert i felles beslutninger gjennom integrasjon av andre faggruppers kunnskaper og ferdigheter. Tanken er at man gjennom felles samarbeid, felles diskusjoner og refleksjoner klarer å komme frem til en ny kunnskap om pasientens behov og mulige tiltak og tjenester for å ivareta disse, som man ikke hadde evnet å komme frem til ved å stå alene (Willumsen 2009b:21).

Det å skulle etablere og klare å drifte et funksjonelt tverrfaglig samarbeid, er en stor utfordring i seg selv og ikke noe som gir seg av seg selv (Lauvås 2004). Det forutsettes at det kreves en høy grad av bevissthet rundt egen kompetanse når det gjelder egen profesjon og tjeneste. Det forutsettes videre en kjennskap til og en forståelse for de andre deltagerne i

samarbeidets kompetanse og tjeneste, en tydelighet på hva en kan bidra med ut fra eget ståsted/tjeneste, at deltagerne har respekt for hverandres ulike bidrag og kompetanse med en genuin interesse for fleksibilitet og vilje til å finne løsninger (Willumsen 2009a:29).

En vesentlig ambisjon ved tverrfaglig samarbeid, er at de som samarbeider ikke bare skal bidra med kompetanse fra eget fag eller profesjon, men også gjennom samarbeidet inneha målsetting om å utvikle tverrfaglig kunnskap og kompetanse (Lauvås 2004:53). Gjennom å dele og få frem de forskjellige forståelses- og tenkemåter blant deltagerne ønskes det oppnådd en bredere og mer variert forståelsesramme. Det antas videre at en slik måte å arbeide på virker berikende på deltagerne gjennom at en får speilet sitt eget faglige ståsted og forståelsesmåte, og at man får en tilgang til de andres måte å tenke og handle på i de ulike situasjoner. Gevinster kan oppnås både for arbeidet for pasienten og sånn sett gagne vedkommende, men vil også kunne bidra med å gi den enkelte deltager og profesjon en økt selvforståelse (Lauvås 2004:199).

Samarbeidet over tid kan da utvikles til å få en karakter av å være et *fellesfaglig* samarbeid, hvor det er etablert en integrert faglighet i samarbeidsgruppa. Gruppen har en felles viten og forståelse, hvor samarbeidet preges av en høy grad av delegering og hvor deltagerne har et sterkt fokus på felles mål og helhetssyn (Willumsen 2009b:22).

Det er viktig å anerkjenne at bidragene fra ulike profesjoner og tjenester er forskjellige, samtidig som målet er at de skal tilbys som integrerte tjenester for å skulle ivareta brukerens behov. Denne balanseringen av de ulike bidragene fra medlemmene i samarbeidsgruppa, for å integrere kompetansen og tjenestene, danner den grunnleggende dynamikk i samarbeidet. En balansering Willumsen stiller spørsmål om kan anses å være selve samarbeidets kunst? (Willumsen 2009b:24:26).

Jeg vil senere i oppaven (kapittel 6) diskutere implikasjonene av noen av de funn jeg mener jeg har gjort om dette med samarbeid på personnivå, med utgangspunkt i blant teori om tverrfaglig samarbeid.

### **3. Bakgrunn**

I Norge har man pr. 2011 tre bestemmelser innenfor sosialtjenesteloven som omhandler bruk av tvang i forhold til en rusmiddelmisbruker, sosialtjenesteloven §§ 6-2, 6-3 og 6-2a (Lov om sosiale tjenester m.v. 1991).

Loven trådte i kraft i 1993 og mens §§ 6-2 og 6-2a er tradisjonelle tvangsbestemmelser hvor beslutningen treffes av myndighetene (fylkesnemnda etter begjæring fra sosialtjenesten) er § 6-3 en samtykkebestemmelse hvor det kan praktiseres tilbakehold etter avtale mellom den enkelte og institusjonen (Lundeberg, et al. 2010).

Både §§ 6-2 og 6-3 hadde sine rettslige forgjengere i edrupsloven av 1932, hvor man etter 1957 også fikk hjemmel for mulig tvangsbruk ovenfor narkotikamisbrukere, mens bestemmelsen i § 6-2a som omhandler gravide rusmiddelmisbrukere ble vedtatt i 1995 (Lundeberg, et al. 2010).

Bestemmelsene omhandler en adgang etter visse kriterier til å yte tilbakehold av vedkommende på institusjon. Etter den organisatoriske endring som følge av Ruseformene, er tilbakeholdet definert inn i det som betegnes som tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og helseforetaket skal peke ut og inngå avtaler med institusjoner som skal kunne praktisere disse bestemmelsene (Ot.prp.nr. 3 (2002-2003)).

Det gis ikke adgang til tvangsbehandling, kun en adgang til og i nødvendig utstrekning å yte tilbakehold på institusjonen og til tilbakebringelse ved eventuell rømming (Sosialtjenesteforskriften 1992.; Lov om sosiale tjenester m.v. 1991). I hovedsak dreier det seg altså om en praksis med låste dører og en begrenset bevegelsesfrihet utenfor institusjonens rammer.

Bestemmelsene har noe ulik karakter og formål.

#### **3.1 Hovedregelen for tilbakehold**

Frivillighet er et sentralt overordnet prinsipp også i rusbehandling, noe som gjenspeiler seg i hovedregelen for bruk av tvang i sosialtjenesteloven § 6-3, som omhandler institusjonens adgang til å kreve et samtykke til frivillig tilbakehold i forbindelse med en innleggelse for å unngå impulsstyrte brudd i behandlingsopplegget. Det vil si at man senest ved inntaket skriver under en avtale om at man kan holdes tilbake i inntil 3 uker, dersom man skulle velge å gå fra



stedet. Dersom oppholdet er ment å vare ut over tre måneder kan det praktiseres tilbakehold i inntil 3 ganger 3 uker (Lov om sosiale tjenester m.v. 1991; Søvig 2007; Lundeberg, et al 2010). Bestemmelsen praktiseres slik at tilbakebringelse kan gjennomføres med politiets bistand, jf sosialtjenesteloven § 8-9. Avtalen er en ”sovende avtale” i den forstand at den først inntreffer og tas i bruk ved brudd i oppholdet. Frem til det inntreffer en slik situasjon, er man i behandlingen på lik linje med de andre pasientene som ikke har en slik avtale.

### **3.2 Tilbakehold for å skjerme fosteret**

Sosialtjenesteloven § 6-2a omhandler en adgang til å holde tilbake en gravid rusmisbruker på institusjon, for skjerming av fosteret mot mors inntak av rusmidler, hvor tilbakeholdet kan vare frem til barnet er født. Det er tre kriterier som skal dokumenteres overfor Fylkesnemnda; at kvinnen er gravid, at hun inntar rusmidler som kan være skadelige for fosteret og at frivillige hjelpetiltak ikke er tilstrekkelige. Hovedformålet med tilbakeholdet er å hindre eller begrense sannsynligheten for at barnet påføres skade, samtidig som kvinnen skal tilbys et behandlingsopplegg og hjelpes for å kunne bli en omsorgsperson for barnet (Lov om sosiale tjenester m.v. 1991; Søvig 2007; Lundeberg, et al 2010).

### **3.3 Tilbakehold for utredning, tilrettelegging og motivering til frivillig behandling**

Det er gjennom sosialtjenesteloven § 6-2 gitt adgang til å kunne benytte tilbakehold av en rusmiddelmisbruker i inntil tre måneder med det formål å utrede, tilrettelegge og motivere for frivillig behandling (Lov om sosiale tjenester m.v. 1991). Bestemmelsen tar utgangspunkt i den enkeltes livssituasjon og kan kun iverksettes ut fra hensynet til vedkommende selv (Søvig 2007). Det skisseres stort sett 5 kriterier (Søvig 2007; Lundeberg, et al. 2010) for når bestemmelsen kan vurderes å bli iverksatt, og som skal dokumenteres overfor fylkesnemnda:

- vedkommende skal være en rusmiddelmisbruker, det skal foreligge et vedvarende og omfattende misbruk
- rusmiddelmisbruket har en negativ helsekonsekvens
- det skal være en årsakssammenheng mellom misbruket og helsekonsekvensen,
- frivillige hjelpetiltak er utilstrekkelige
- det skal legges til grunn en skjønnsmessig helhetsvurdering som tilsier at gjennomføring av en slik plassering skal kunne føre til en endring

### 3.4 Sosialtjenestens rolle

Etter sosialtjenesteloven § 6-1 er sosialtjenesten tillagt et stort ansvar og skal yte råd, veiledning og hjelpetiltak både til den rusavhengige selv, og til den enkeltes pårørende. Dersom den enkelte selv ønsker det skal sosialtjenesten bistå med å etablere et behandlingsopplegg, etablere kontakt med primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, samt sørge for midlertidige tiltak dersom behovet for egnet institusjonsplass ikke kan dekkes. Videre er det koordinerende ansvaret for hjelpetiltak, både før, under og etter iverksetting av behandling, tillagt sosialtjenesten gjennom denne bestemmelsen (Lov om sosiale tjenester m.v. 1991), et ansvar som er understreket og opprettholdt gjennom rusreformene (Ot.prp.nr 3 (2002-2003); Ot.prp.nr. 54 (2002-2003)).

Sosialtjenesten er tillagt en sentral rolle i en sak om tilbakehold, og har monopol på det å kunne fremme slike saker for fylkesnemnda. Det er tre forskjellige innganger til at en sak om tilbakehold reises. Disse er:

- melding med krav om utredning av bruk av tilbakehold fra pårørende etter sosialtjenesteloven § 6-1a
- sosialtjenesten tar på eget initiativ opp spørsmålet i tråd med sosialtjenesteloven § 6-2
- sosialtjenesten mottar melding fra andre om at vedkommende kan befinne seg i en slik situasjon at tilbakehold bør vurderes (Lov om sosiale tjenester m.v.1991)

Videre har sosialtjenesten adgang til å fatte et midlertidig vedtak etter både §§ 6-2 og 6-2a i sosialtjenesteloven, noe som kan vurderes brukt dersom saken haster, og det å vente på en ordinær saksgang vil kunne skade intensjonen i bestemmelsene. Det midlertidige vedtaket skal gis en foreløpig stadfestelse/godkjenning av leder for fylkesnemnda, og da helst innen 48 timer (Handlingsveileder i bruk av tvang overfor rusmiddelmisbrukere etter Lov om sosiale tjenester §§ 6-2, 6-2a og 6-3 1999; Søvig 2007; Lundeberg, et al. 2010). Sosialtjenesten har ansvaret for selve plasseringen av vedkommende på institusjonen. Videre skal sosialtjenesten påse at kriteriene for fortsatt bruk av tilbakehold er oppfylt, og skal følge opp vedkommende både under og etter plasseringen. Dette gjelder også der det iverksettes en videre behandling innen det som betegnes som tverrfaglig spesialisert rusbehandling som da er sykehusets ansvarsområde, eller ut i et tilrettelagt opplegg i regi av kommunen.

Etter Lov om sosiale tjenester § 6-1 skal sosialtjenesten videre sørge for at det utarbeides tiltaksplan for en rusmiddelmisbruker som er i institusjon etter vedtak med hjemmel i §§ 6-2 og 6-2 a (Lov om sosiale tjenester m.v.1991).

Sosialtjenesten kan oppheve vedtaket til fylkesnemnda både etter §§ 6-2 og 6-2a dersom vilkårene som fremkommer av fylkesnemndas vedtak for fortsatt plassering ikke er tilstede. Er formålet med plasseringen oppnådd, skal vedtaket oppheves og plasseringen avsluttes.

Det er med andre ord flere forhold som tilsier en aktiv tilstedeværelse fra sosialtjenesten i selve gjennomføringen av tilbakeholdet.

### **3.5 Spesialisthelsetjenestens rolle**

Selve tilbakeholdet er etter gjennomføringen av rusreformen i dag en oppgave for det som betegnes som tverrfaglig spesialisert rusbehandling. I praksis betyr det at det er en oppgave for helseforetaket/sykehuset på spesialistnivå, og på institusjoner utpekt til å skulle håndtere denne typen plasseringer. Helseforetaket har ansvaret for å skulle skaffe tilveie tilstrekkelige institusjonsplasser som skal kunne tilby tilbakehold etter samtlige bestemmelser (Ot.prp.nr. 3 (2002-2003):26). Det oppleves av institusjonene noe uklarhet i hva som legges i begrepet tilbakehold, og lovgiver spesifiserer ikke dette ut over å legge en føring på at en skal praktisere tilbakehold i den utstrekning det er nødvendig. Loven eller fylkesnemndas vedtak gir ikke hjemmel for tvangsbehandling, tvangen som tillates er selve tilbakeholdet (Søvig 2007).

Dersom institusjonen har et behandlingstilbud/opplegg, er det opp til den enkelte pasient på tilbakehold om en ønsker å delta på opplegget eller ikke. Innholdet/tilbudet ved den enkelte institusjon som yter tilbakehold varierer da også i relativt stor grad. Institusjonene har forskjellig utforming av deres tilbud. Noen har et preg av åpenhet og et høyt aktivitetsnivå, og andre er mer lukkede og med større preg av å være en ren oppbevaring (Lundeberg, et al. 2010).

Også institusjonen kan velge å avslutte oppholdet på tilbakehold og foreta en utskrivelse av pasienten, men det bør alltid skje i samarbeid med sosialtjenesten. Ved utskrivelse skal kommunen alltid varsles i god tid på forhånd jf spesialisthelsetjenesteloven § 3-15 (Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. 1999).

### **3.6 Avrunding**

Dette kapitlet har hatt som formål å gi en introduksjon til bestemmelsene om tilbakehold, kriterier for bruk av bestemmelsene, og de organisatoriske ansvarsforhold i gjennomføringen av en sak om tilbakehold etter sosialtjenesteloven § 6-2. Det er denne bestemmelsen min oppgave vil se nærmere på og fokuset videre vil være å belyse hva som fremmer/hemmer samarbeidet mellom sosialtjenesten og institusjonen i en slik sak. I det neste kapitlet vil jeg gjøre rede for den metodiske tilnærmingen jeg har valgt for å gjøre dette.

## **4. Metodisk tilnærming**

Da undersøkelsen i hovedsak søker å beskrive et fenomen gjennom å ta utgangspunkt i sentrale aktørers erfaringer, ble en kvalitativ tilnærming funnet å være hensiktsmessig (Kvale 2009).

Det empiriske materialet er hovedsakelig hentet gjennom kvalitative semistrukturerte dybdeintervjuer med et utvalg, bestående av fire informanter. Det ble valgt å benytte et semistrukturert intervju da temaet som er valgt ønskes belyst ut fra intervjupersonenes egne perspektiver (Kvale 2009: 47).

To av informantene er ansatte i en institusjon som praktiserer tilbakehold etter sosialtjenesteloven § 6-2, og de to andre informantene er ruskonsulenter ansatt i kommuner hvor tilbakeholdssaker er håndtert. Et kriterium for deltagelsen var at man minimum hadde deltatt i samarbeidet rundt minst to tilbakeholdssaker.

### **4.1 Utvalg/informanter**

Det viste seg å være noe utfordrende å finne frem til ruskonsulenter i kommunene med erfaring fra minst to tilbakeholdssaker. Det gjenspeiler at det er store forskjeller mellom kommunene i praktisering av denne bestemmelsen (Lundeberg, et al. 2010). En mulig forklaring kan være at det er et stort gjennomtrekk i stillinger i sosialtjenesten eller at det rett og slett mangler kunnskaper om, og kjennskap til bestemmelsens innhold i de forskjellige kommuner. Det kan også være slik at denne kategorien pasienter/brukere bestemmelsen retter seg mot, når de blir dårlige nok trekker inn mot storbyene for å unngå den større ”synlighet” som det naturlig nok er i de mindre kommunene. Det kan antas at bildet er komplisert og inneholder en kombinasjon av mange ulike forklaringer er enn en enkelt årsaksforklaring.

Forespørsel om deltagelse ble sendt ut til fem kommuner i nærområdet til institusjonen. Invitasjonen ble sendt via mail i form av det utarbeidede informasjonsskrivet for prosjektet (vedlegg 2). Kommunene ble valgt ut med bakgrunn i mitt kjennskap til at de muligens kunne ha hatt/hadde hatt samarbeid med institusjonen i denne typen saker. Det kom svar tilbake fra fire av kommunene, hvor alle var positive til å skulle delta. Kun to ble vurdert til å fylle inklusjonskriteriet med å ha erfaring fra minst to slike saker.

Når det gjelder deltagere fra institusjonen, ble de to med lengst erfaring og som har arbeidet mest med mottak, det vil si å ta i mot pasienten ved ankomst til institusjonen, og samhandle ut mot kommunene, invitert til å delta. Begge takket ja.

Antallet respondenter i studien er lite, men dette veises opp av at de samlet sett har erfaring fra mer enn 40 enkeltsaker. De besitter med andre ord en enestående samlet erfaring rundt tematikken og vurderes å fylle kriteriene for å kunne betegnes som et strategisk utvalg (Malterud 2003); og kunne bidra med materiale med potensial til å belyse den problemstilling som er valgt. Deres samlede erfaring anses å kunne gi et godt innblikk i hva som fremmer og eventuelt hemmer samhandlingen mellom sosialtjenesten og denne institusjonen.

Det å ha erfaring fra så mange saker er unikt, tatt i betraktning det antallet saker som fremmes og iverksettes hvert år.

En utfordring ved denne måten å innhente respondenter på, er at en ikke får med de kommuner som velger ikke å delta i samarbeidet om gjennomføringen av en tilbakeholdelsessak. Sannsynligvis ville disse i større grad kunnet belyse årsaker til hvorfor så mange kommuner ikke deltar mer aktivt gjennom hele prosessen.

Samtidig er det viktig å være oppmerksom på det faktum at informantene fra denne ene institusjonen deler erfaringer fra både godt og mindre godt samarbeid med sosialtjenesten fra flere forskjellige kommuner, mens informantene fra sosialtjenesten representerer seg selv, sin egen kommune og sine egne erfaringer rundt samarbeidet med institusjonen. Dette kan føre til en viss skjevhet i materialet, som en må ha med seg i den videre analysen og diskusjonen av implikasjoner av funnene.

Ved å ta utgangspunkt i kun denne ene institusjonen, og informantenes erfaring med samhandling med hverandre ut fra denne situasjonen, vil en ikke fange opp hvordan samarbeidet oppleves og fungerer rundt institusjoner som tar imot pasienter på tilbakehold etter sosialtjenesteloven andre steder i landet. Dette ville nok klart kunne gi en dypere innsikt i tematikken. Det å gjøre dette har ligget utenfor de muligheter og rammer denne oppgaven har.

Samtidig er den institusjonen det her er tatt utgangspunkt i kjent for å ha et godt innhold og opplegg for den enkelte under oppholdet, og et tett og godt samarbeid ut mot og med sosialtjenestene. Det foreligger gode forutsetninger for å skulle kunne belyse den valgte problemstilling.

Informantene er som nevnt bevisst valgt ut fra et personnivå, det vil si at de har personlig erfaring med å stå i en slik sak og samhandle med sosialtjeneste eller institusjon direkte i saken. Ved å gjøre dette har jeg ønsket å få en bedre og klarere speiling av forutsetninger for den praktiske samhandlingen i en sak, enn hva jeg tror jeg ville fått med å intervju ledelsen ved institusjonen eller i sosialtjenesten.

En grundig gjennomgang av tematikken burde inkludert også intervju av ledelsen/organisasjonsnivået, men dette har blitt vurdert å gjøre oppgaven for stor og omfattende for dette prosjektet. Samtidig vil de data jeg har funnet på personnivå kunne suppleres ved en senere undersøkelse på organisasjonsnivå, hvoretter også implementering av eventuelt utledede tiltak kunne vært tema.

Denne studien kunne også blitt gjennomført ved at det ble foretatt et eller flere fokusgruppeintervjuer bestående av de samme deltakerne, eventuelt med en ny gruppe valgt ut fra de samme kriterier. Hvor det i gruppen legges til rette for en diskusjon der det først og fremst er viktig å få frem mange forskjellige synspunkter på det emnet som er i fokus (Kvale 2009:161). Spørsmålet er om dette ville utledet ny kunnskap enn det oppgaven søker svar på.

I en studie om implementering av mulige tiltak for styrkning av det tverrfaglige samarbeidet mellom sosialtjenesten og institusjonen i gjennomføringen av en sak om tilbakehold etter sosialtjenesteloven § 6-2, ville nok det å benytte fokusgruppeintervjuer som en del av undersøkelsen vært å anbefale. Et eller flere fokusgruppeintervjuer ville kunne blitt benyttet som en del av et kvalitativt design for en grundig gjennomgang av muligheter for iverksetting av tiltak i praksis, hvor man så etter implementering kunne foretatt en kvantitativ undersøkelse i forhold til å måle eventuelle effekter av tiltakene.

I studien har jeg bevisst valgt å utelate mine egne kollegaer i det rusteamet jeg har fagansvaret for. Samlet sett har vi erfaring fra over 30 enkeltsaker som har blitt fremmet når det gjelder både sosialtjenesteloven § 6-2 og 6-2a. Tallet på saker vi har jobbet med hvor vi har oppnådd frivillige løsninger men hvor tilbakehold har vært et tema, er langt større. Våre erfaringer er utelatt for å foreta et skille mellom de erfaringer vi har gjort oss og først og fremst søke etter ny kunnskap og erfaring hos andre.

## **4.2 Intervjuene**

Selve intervjuene ble foretatt på informantenes egen arbeidsplass og på et eget kontor, skjermet fra omverdenen den tiden intervjuet varte. Det ble i den konkrete intervjusituasjonen tatt utgangspunkt i en temaliste (vedlegg 3) med hovedpunkter som ble vurdert sentrale å få belyst for å kunne svare på forskningsspørsmålene. Før intervjuene startet signerte informantene samtykkeskjemaet som de på forhånd hadde mottatt pr mail (vedlegg 2). Intervjuene ble tatt opp i sin helhet på diktafon.

Tidsbruk på hvert intervju var på en time til halvannen time. Hvert intervju ble så snarest mulig transkribert av meg og gitt en egen kode for identifisering. Samlet sett ble dette til 46 sider utskrift, og da er ikke det jeg sier under intervjuene skrevet ut i sin helhet, men kun kortet ned til stikkord.

## **4.3 Analyse**

Med bakgrunn i de transkriberte intervjuer er det foretatt en systematisk tekstkondensering i form av en tverrgående analyse (Malterud 2003). Fokuset er lagt på å avklare og identifisere faktorer som fremmer/hemmer samarbeidet mellom sosialtjenesten og institusjonen på personnivå i en sak om tilbakehold etter sosialtjenesteloven § 6-2.

Jeg har valgt å følge Malterud (2003) sitt oppsett og anbefalinger rundt systematisk tekstkondensering, som hun baserer på Georgis fire trinn i en analyse;

1. ved først å lese gjennom teksten for å få dannet seg et helhetsinntrykk
2. for deretter å finne frem meningsbærende enheter i teksten
3. for så å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene
4. for så å sammenfatte betydningen av dette

Jeg gikk gjennom det transkriberte materialet fra hvert enkelt intervju i flere omganger, også i kombinasjon med lydbåndopptaket fra det konkrete intervjuet, for først å få dannet meg et helhetsinntrykk av materialet. Ut av dette kunne jeg i neste trinn navngi 19 relevante temaer materialet inneholdt.

Antallet temaer ble så sortert inn under fem hovedkategorier, som hver ble gitt en egen fargekode; forberedelse/dempe frustrasjoner/god start, deltagelse/tilgjengelighet/prioritering,



forutsigbarhet/tydelighet/prosedyrer/hva skjer når/klare roller/hvem har ansvar for hva, realistiske forventninger/erfaring/kunnskap og møtepunkter/ansvarsgruppe/samarbeidsmøter/telefonmøter/samspill.

Materialet ble så gått igjennom igjen med henblikk på å identifisere meningsbærende enheter, det vil si tekst som på en eller annen måte sier noe om et eller flere av de navngitte temaene (Malterud 2003).

Dette ble så systematisert, sett opp mot de nevnte temaene, og de meningsbærende enhetene ble etter hvert kodet inn i en matrise under mer presise koder. Matrisen ble til slutt organisert ut ifra tre kodegrupper; ”engasjement og prioritering”, ”struktur, prosedyrer og handlingsveileder” og ”tydelig ansvar og klare roller”.

I hver enkelt kodegruppe ble det så identifisert subgrupper for videre arbeid for å belyse problemstillingen. Innholdet i hver subgruppe ble deretter kondensert og fortettet gjennom utvikling av kunstige sitater, hvor en gjennom informantenes egne ord og begreper fra de meningsbærende elementer prøver å gjenfortelle og sammenfatte det som kommer frem i subgruppen (vedlegg 4) (Malterud 2003).

Deretter ble det laget en sammenfattet innholdsbeskrivelse av kunnskapen fra hver enkelt kodegruppe og subgruppe. I de meningsbærende enhetene ble det funnet frem til sitater for å illustrere det som omtales i denne teksten på en mest mulig treffende måte. Hver slik tekstboks ble så gitt en overskrift som fanger opp det den omhandler; ”kontakt”, ”forutsigbarhet” og ”forventninger” (vedlegg 4).

Disse tre hovedoverskriftene benyttes videre i den senere presentasjonen av de funn analysen har utledet.

En systematisk krysslesning av matrisen og gjennomgang av det originale materialet, både i form av de transkriberte intervjuer og lydbåndopptak, er benyttet som en validering av funnene som er gjort (Malterud 2003). Fokuset mitt ble forsøkt holdt på «hva er det de faktisk forteller meg». Det at lydbåndopptakene var tilgjengelige etter transkriberingen, og kunne gjennomgås på nytt i dette stadiet, opplevde jeg som svært viktig for å holde dette fokuset og ikke hele veien avspores av mine egne tanker om tematikken. Med å gjøre det på denne måten, og å bruke matrisen aktivt, er min opplevelse at den tolkning av dataene jeg har foretatt faktisk gjenspeiler det informantene har gitt uttrykk for. Slik sett kan dataene betegnes som valide.

Det ideelle hadde selvsagt vært å kunne benyttet informantene for å dobbelsjekke at de tolkningene jeg har foretatt meg samstemte med deres opplevelse, men innenfor de rammer jeg har jobbet inn under har dette dessverre ikke vært mulig. Jeg har videre stått alene i min undersøkelse uten mulighet for å få drøftet mine data og de funn jeg mener jeg har gjort, med andre forskere.

Ved bruk av sitater i teksten videre, benyttes K1 og K2 som kildehenvisninger i forhold til den enkelte informant fra kommunen og I1 og I2 som kildehenvisninger fra institusjonen.

#### **4.4 Mitt ståsted**

I forhold til det tema som er valgt, har jeg en nærhet som både medfører fordeler og ulemper for forskningsprosessen. I og med at jeg har god kjennskap til tematikken og er en kjent fagperson på temaet tilbakehold, kan dette være med å prege selve intervjusituasjonen, hvordan ulike svar følges opp og hvordan temaer behandles i intervjuet. Videre vil min forutinntatthet til tematikken kunne påvirke analysen av de opplysninger og funn som gjøres i forhold til forskningsspørsmålene som er satt opp. Det er derfor av betydning å gjøre noe rede for dette (Repstad 2004).

Jeg har siden 1993 jobbet i den kommunale sosialtjenesten hvor jeg i hovedsak har forvaltet oppgaver etter sosialtjenesteloven kapittel 6. Dette kapittelet i loven omhandler særlige hjelpetiltak overfor rusmiddelmisbrukere, så vel frivillige hjelpetiltak og til bestemmelser om tilbakehold (Lov om sosiale tjenester m.v. 1991). Jeg har spesielt siden 2000 jobbet mye med de ulike bestemmelsene om tilbakehold, og har siden da vært involvert i og gjennomført i overkant av 25 slike saker. Beslutningsmyndigheten i forhold til om det skal igangsettes tilbakehold eller ikke, er i den kommunen jeg arbeider i tillagt meg. Videre veileder jeg og har det faglige ansvar i enheten jeg arbeider i når det omhandler hjelpetiltak i forhold til rusmiddelmisbrukere.

Min erfaring er at når det gjelder spørsmål om tilbakehold eller ikke, ender de fleste bekymringssakene like vel opp med frivillige behandlingstiltak. Antall saker hvor tilbakehold har vært et tema eller blitt vurdert er med andre ord betydelig større enn hva statistikk på området viser. I 2010 skal det samlede antall effektuerte tilbakeholdelsessaker etter sosialtjenesteloven § 6-2 ha vært 106 (opplysninger gitt pr. mail fra Anne Opsahl ved avdeling for rus og avhengighetsbehandling ved Sørlandets sykehus 21.02.12, som har

innhentet tallet fra Helsedirektoratet). Slik jeg har forstått det, er det i de undersøkelser som er foretatt ikke gjort forsøk på å innhente tall på antall saker hvor sosialtjenesten har mottatt bekymringsmeldinger, eller krav fra pårørende om å utrede spørsmålet om bruk av tilbakehold og målt disse opp mot antallet effektuerte slike saker.

Det er et overordnet prinsipp at behandling skal basere seg på frivillighet, og både bestemmelsene om tilbakehold etter §§ 6-2 og 6-2a forutsetter blant annet at frivillige hjelpetiltak skal være prøvd ut og vist seg å ikke ha tilstrekkelig effekt før man eventuelt fremmer en begjæring om tilbakehold (Lov om sosiale tjenester m.v. 1991).

Det forutsettes altså en tidkrevende prosessorientert tilnærming fra sosialtjenestens side fra første skritt i en slik sak. Det legges ned en betydelig innsats forut for en eventuell plassering, hvor en søker å unngå denne, og heller tilstrebe bruk av frivillige hjelpetiltak. Når ikke frivillige tiltak når frem, kommer selve prosessen med å gjennomføre saken i fylkesnemnda og foreta selve plasseringen. Deretter blir det å følge opp plasseringens formål, og gjennom utredning og tilrettelegging i tilbakeholdssituasjonen motivere for frivillig behandling videre. Etter avsluttet opphold på tilbakehold og en eventuell behandling videre, og frem til vedkommende er selvhjulpen, har sosialtjenesten et oppfølgingsansvar (Lov om sosiale tjenester m.v. 1991, § 6-1).

Min oppfatning og erfaring er at det i sosialtjenestens praksis i dag i alt for stor grad fokuseres på selve de juridiske aspekter rundt det å begjære en sak om tilbakehold, noe som bekreftes gjennom de veiledere og opplæringstiltak som finnes i forhold til tematikken (Handlingsveileder i bruk av tvang overfor rusmiddelmisbrukere etter Lov om sosiale tjenester §§ 6-2, 6-2a og 6-3, 1999). Det meste som sies og som det undervises i, omhandler selve saksgangen frem mot å få på plass et vedtak om tilbakehold via fylkesnemnda. Dette går på bekostning av det fokus som også omhandler samhandlingen systemene imellom, da med den hensikt å komme frem til alternative løsninger og for å få til en best mulig plassering når først en slik sak iverksettes. Dette behovet støttes også gjennom funn gjort i evaluering av bestemmelsene om tilbakehold som Uni Rokkansenteret har gjennomført (Lundeberg, et al. 2010).

#### **4.5 Etiske betraktninger**

Det vil alltid være etiske utfordringer i det å foreta intervjuer med fagpersoner slik det her er gjort. Intervjuene og analysen av disse kan medføre både negativ og positiv kritikk av

bestående systemers samhandling, og avdekking av mangler i systemenes håndtering av og samhandling i en sak om tilbakehold. Videre vil funnene kunne føre til endringer i samhandlingen mellom sosialtjeneste og institusjon på sikt. Intervjusituasjonen er i seg selv også en situasjon full av etiske utfordringer, både med tanke på for eksempel forskers direkte påvirkning på informanten, med tanke på ledende/førende spørsmål, og at det kan være en anledning for manipulering (Kvale 2009).

Det er innhentet tillatelse til å gjennomføre undersøkelsen fra Personvernombudet (NSD), som har klarert måten dette ble gjennomført på (vedlegg 1).

Anonymitet/fortrolighet har stått sentralt i prosjektet. Det er sendt ut en egen invitasjon til deltagelse til hver enkelt informant, med en presentasjon av prosjektet og hvordan dette skal gjennomføres (vedlegg 2). Det er innhentet et informert samtykke fra samtlige deltagere, hvor det er gjort oppmerksom på at de når som helst kan trekke seg fra samarbeidet. De forskningsetiske retningslinjene har vært en rettesnor i alle stadier av forskningsprosessen, og jeg har mottatt veiledning i prosessen.

Jeg har egenerfaring også fra samarbeid med institusjonen i flere saker om tilbakehold og dette vil stille særlige utfordringer til refleksivitet (Kvale 2009). Erfaringen vil kunne være en hemsko gjennom en forutinntatt holdning til tematikken, og det å ha en egen bevissthet om min forforståelse og forutinntatthet har det blitt jobbet konkret med i alle ledd av prosjektet. På den andre siden vil også den kompetansen og erfaringen jeg har tilegnet meg gjennom flere år i faget kunne gi tilgang til informasjon det ellers ville være vanskelig å nå, med en mulighet for å ”følge etter utvalget”.

Ut fra intensjonen og mulighetene prosjektet/oppgaven har med tanke på kvalitetssikring og forbedring av det arbeidet som utføres systemene imellom når det gjelder tilbakehold, ble ikke de etiske utfordringer funnet å være så store at prosjektet ikke burde gjennomføres.

## **4.6 Avrundning**

I den analysen jeg har foretatt av materialet gjennom en systematisk tekstkondensering er det tre hovedområder som peker seg ut som viktige for informantene mine når det gjelder det praktiske samarbeidet; kontakt, forutsigbarhet og forventninger. Dette er områder informantene opplevde å være betydningsfulle for samarbeid om gjennomføringen av en sak om tilbakehold.

I neste kapittel presenteres empirien i min undersøkelse, og der bruker jeg disse hovedområdene som overskrifter for det som presenteres.

## 5. Empiri.

Jeg har underveis i analysen tatt noen valg når det gjelder å plassere utsagn under overskrifter jeg mener de mest naturlig hører til under. Det er samtidig slik at det den enkelte overskrift omhandler, står i en sammenheng med hva som fremkommer under de andre overskriftene. De henger naturlig sammen med hverandre, noe som medfører at det blir noen gjentakelser under de enkelte overskrifter.

### 5.1 Kontakt

Informantene, fra både institusjonen og fra sosialtjenesten, uttrykker at tett kontakt mellom sosialtjenesten og institusjonen underveis i hele prosessen rundt tilbakehold er av betydning for det samarbeidet en klarer å etablere rundt gjennomføringen av plasseringen.

Samtlige informanter uttrykker også at kontakten ikke er så tett som ønskelig, og at det her er et potensial til forbedring. Under overskriften kontakt er det tre del temaer som utpeker seg som spesielt betydningsfulle; grad av spesialisering i sosialtjenesten, metodisk bruk av samarbeidsmøter og opprettelsen av ansvarsgruppe og sosialtjenestens tilstedeværelse under selve plasseringen.

#### 5.1.2 Spesialisering i sosialtjenesten

Et av områdene som ble trukket spesielt frem i intervjuene er behovet for at de som jobber med denne typen saker fra sosialtjenestes side har erfaring med dette fra før av, og at en viss form for spesialisering har betydning. Dette trekkes frem som en faktor som kan påvirke samarbeidet både av informantene ved institusjonen og fra de i sosialtjenesten.

Fra sosialtjenestens side gis det uttrykk for at det å komme inn i denne tematikken er krevende, og noe som kan virke skremmende for en som ikke har vært borti det tidligere.

*K1: Det er jo der det kommer, at det ikke er hvem som helst som kan jobbe med dette. Faget kommer inn så det holder. Klart da er det igjen faget, profesjonaliteten..... og den hadde ikke jeg etter 4-5 år i gamet. Var livredd.*

Informantene på institusjonen opplever at representanten fra sosialtjenesten ved å ha erfaring og å jobbe spesialisert med denne tematikken, påvirker hele prosessen både når det gjelder utformingen av oppdraget til institusjonen og forholdet til brukeren.

*I2: En opplever at mange er nye i det når de skriver vedtakene... at det kunne vært mye mer føringer i forhold til tvangsvedtaket. Hva som burde være på plass...*

*I1: Men om du, hvis du er den som skriver det vedtaket og gjør den tingen, har kontakt og den som blir lagt inn også vet hvilken kontakt du skal ha..... og derfor bør det være spesialisert. Ikke alle som orker å stå i det. Må av og til vite hva du skal... Jeg tenker at dette bør være forbeholdt de som har en del erfaring og som kan kjenne litt på egne grenser i forhold til seg selv og klare å ha den avstanden mellom pasienten og seg selv. Det er jo en litt krevende, det kan være en vanskelig sak. Jeg tror nok at det er noe som man bør ha egne team til.*

Det uttrykkes også fra sosialtjenestens side at en spesialisering ved å ha stått i flere slike saker, bygger en kompetanse som i neste omgang gir seg uttrykk i utførelsen av deres rolle i en slik sak.

*K2: Men etter hvert som jeg får erfaring og den er ulik, så får jeg også større bevissthet om hva som... hvordan ting fungerer. Hvilken påvirkningsmulighet man har. Da kan jeg gå mer inn og være litt pågående i forhold til forventninger og stille krav for den saks skyld.*

Det ble gitt uttrykk for at temaet tilbakehold ikke er behandlet i tilstrekkelig grad i grunnutdanningene, ei heller i den enkeltes videreutdanning. Informantene opplever at kompetansen på samarbeid i denne typen saker er noe den enkelte tilegner seg gjennom egen praksis og at det ikke foreligger tilstrekkelig mulig kursing eller teoretiske føringer for hvordan dette anbefales håndtert fra lovgivers side.

*K1: Er ingen opplæring på det. Dette må en jo lære seg selv gjennom erfaring. Metode i samtale..... finner ikke den metoden jeg bruker i noen bok.*

Det gis uttrykk for at undervisningen på feltet fokuseres på selve den juridiske saksgangen frem mot behandling av saken i fylkesnemnda, og at den ikke tar for seg hvordan den praktiske gjennomføringen av, og samarbeidet mellom sosialtjenesten og institusjonen bør utføres gjennom tilbakeholdelsestiden. Dette opplever informantene som av større betydning for den som skal inn i eller står oppe i en slik sak.

*I2: Nei, de fokuserer på de juridiske, hva som er tvang for et menneske.*

Meg : burde?

*Fokusere på samarbeidet rundt, hvordan utføre det og sikre det. Er veldig sånn høyt oppi der disse konferansene. Mange flotte og fine navn som dukker opp der. Som alle har hørt om som ikke vet hva det er.....*

Det å vite hvem man skal ta kontakt med og ha en form for personlig relasjon eller historikk mellom ansatte på institusjonen og de i sosialtjenesten tillegges vekt. Det ble vist til at dette kunne ha betydning for hele prosessen og også å øke graden av samhandling i de neste saker.

*I1: Jeg må si at det i noen tilfeller så har vi veldig godt samarbeid, og det gjelder de kommuner som kjenner posten godt fra før. Som har vært noen runder med oss med*

*andre pasienter tidligere og som ser at andre pasienter de la inn på tvang har kommet seg i dag. Så de har veldig stor tro på oss som avdeling, og vet noe om hva pasienten trenger ved stedet her, ja der synes jeg det er noen kommuner som utmerker seg. Vi ser at de som har lagt inn pasienter på tvang en gang av erfaring også tar kontakt med oss på nytt og da sånn at vi oppretter et godt samarbeid med kommunen over sikt eller over tid.*

Også informantene fra sosialtjenesten opplevde nærheten til og kontakten med institusjonen over tid som sentral for samarbeidet.

*K1: Men ut over det har vi en gjensidig respekt i forhold til hva vi holder på med. Mye går på hva man gjennom flere år har opparbeidet seg, at de kjenner til min kompetanse og at jeg kjenner til deres. Å komme som ny inn i det humlebølet..... ja lykke til.*

Informantene ved institusjonen etterspør og ønsker selv en større grad av styring utenifra, både i form av innholdet i selve fylkesnemnda sitt vedtak og gjennom forventninger fra sosialtjenesten i den konkrete saken.

*I1: Forventningene kan nok kommuniseres bedre ja. Jeg tenker at ofte er det sånn at jeg får følelsen av at ok her får ikke vi til noen ting, kanskje dere kan få til noe... kan dere ikke prøve.....*

Ønsket er en plassering hvor forventningene fra sosialtjenestens side kommer tydelig frem og at de holdes levende underveis i oppholdet og at man ikke kun må forholde seg til vedtaket i fylkesnemnda. Dette ble mer opplevd som et nødvendig juridisk dokument for å foreta selve plasseringen og ikke særlig egnet som et praktisk redskap i selve utførelsen av- og samarbeidet rundt plasseringen.

*K1: Tror fokus på prosess er nokså fraværende. Og så kan du tenke deg jurister da. Da tenker jeg sånn, at det ikke er noe unnskyldning for men nok en forklaring på at hvorfor det er sånn.... Når det er jurister, så er det litt firkantet.*

Der forventningene er klarere, påvirker dette samarbeidet sosialtjenesten og institusjonen imellom, samt pasientens opplevelse av plasseringen, i positiv forstand.

*I2: Hva ønsker du faktisk at skal blir gjort? Det får du av de som bryr seg, som har en kontakt og kommer på ansvarsmøter. Vi ønsker sånn og sånn. Ikke noe som er bedre. Om det ikke blir tilfredsstilt så blir det ikke sånn. Du får et smidigere... det blir smidigere for pasienten altså. Jeg tror pasienten også opplever det, at de når de er ivaretatt. Folk som har tenkt videre....noen ganger.... Disse som har planlagt, har snakket noe om hva de tenker... er mer innstilt på hva de skal.*

Videre vurderes sosialtjenestens kjennskap til institusjonens tilbud å kunne ha en motiverende og forberedende effekt for brukeren.



*I1: jeg tenker at de kommuner som kjenner oss som også samtidig som du forteller om det med tvang også kan fortelle godt om posten, at det er et godt sted å være og kan si noe om våre ressurser, det synes jeg og på en måte har en positiv effekt i at pasienten er mer rolig når han kommer hit.*

Fra sosialtjenestens side ble dette med at det ikke kommer frem klare forventninger til institusjonen i forbindelse med plasseringen bekreftet av den ene informanten. Denne opplevde at dette skyldtes ”utilstrekkelig” erfaring med å jobbe i denne typen saker og en usikkerhet knyttet til om det å stille krav og forventninger til institusjonen er noe sosialtjenesten kan gjøre eller ikke.

*K2: Kommunen burde nok vært klarere på sine forventninger og plan videre. Det er der jeg tenker at jeg er nok litt for naiv på en måte, tenker at vi må jo bare ta det de kan tilby på posten. Posten er som den er, så må vi ta det vi får ut av det.*

Samtidig legges mye av arbeidet ned i saksgangen for fylkesnemnda, og her er det nemnda en skriver saksfremlegget for, og ikke institusjonen som skal utføre tilbakeholdet. Saksgangen og vektingen av å dokumentere kriterier kan overskygge fokuset på brukeren sine behov, og sosialtjenestens egentlige tanker om og forventninger til, en plassering på tilbakehold hos den konkrete institusjon.

*K2: Man skriver jo saken for å oppfylle vilkårene i loven og, ikke sant, så blir det kanskje ikke nok gjennomtenkt, sånn spisset inn mot den enkelte pasienten.*

Kunnskap om, og erfaring med hvilken type opplegg og innhold institusjonen kan tilby rundt en person som er på tilbakehold kan også være en faktor. Det å stille tydelige krav og forventninger til plasseringen vil sånn sett kunne være vanskelig uten tilstrekkelig kjennskap til innholdet i opplegget.

*K2: Jeg forteller det jeg vet om plassen da på en måte og hva som er tanken med oppholdet og så videre. Så.... Jeg kan jo ikke si så mye om hva som skjer der, for det vet jeg jo ikke.*

### **5.1.3 Samarbeidsmøter og ansvarsgruppe**

Informantene oppfatter samarbeid mellom institusjonen og sosialtjenesten underveis i oppholdet på tilbakehold som viktig. Dette gjeldet både for å få etablert en felles prosjekt holdning og med tanke på å øke kvaliteten på det arbeidet som utføres.

*I1: Det er jo kjempeviktig. Det er, vi har jo et felles prosjekt på en måte. Så pasienten trenger oss jo begge to. Det er kjempeviktig, tenker at det øker kvaliteten på begge tjenestene med et godt samarbeid i bunn.*

Et godt samarbeid ble også tillagt betydning i forhold til pasientens opplevelse av å være på tilbakehold, og å føle at dette gjennomføres av en grunn, og med en hensikt ut fra at noen bryr seg om en og er tilstede i det som skjer. En faktor informantene mente hadde betydning også for det å gå videre i behandling, om det er inn på en institusjon innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling eller tilbake i et opplegg ute i kommunen.

*I2: Det er utrolig viktig. En ser jo de som får... ser mange av de jobber tett mot noen kommuner, og da får et bedre samarbeid og får bedre tilrettelagt..... og noen av de får en .... om de... pasienten også ser at det er noen på den andre siden som tar tak... og da har det noe å si med at de kommer videre i behandling. Har faktisk funnet et sted de kan være å. Det har mye å si for den innlagte også, at de vet at det er noen der ute .... Fordi om de er på tvang, så følger de med deg.... det er klart at det hjelper jo ikke bare å sende noen ned i tre måneder, det er jo de samme personene som kommer ut igjen, det er jo sosialtjenesten som får det, det er jo de som får den oppgaven når de kommer ut.*

Samarbeid mellom sosialtjenesten og institusjonen erfares også som viktig for å hente inn erfaringer gjort med brukeren ute i kommunen, da for å utfylle og utdype den situasjonen vedkommende er i inne på institusjonen, og som i liten grad vil kunne bli fanget opp. Videre vil sosialtjenesten inneha nødvendig kjennskap til kommunens egne ressurser, muligheter og begrensninger som kan ha betydning for det videre løpet.

*K2: Det er jo veldig viktig tenker jeg. Hvis det skal føre til noe. Ofte er det kommunen som kjenner vedkommende og vet litt om forutsetningene på en måte.... Både i mennesket men også litt sånn utenfor ift bolig, nettverk, miljø, jobb, og alt det der og sånn at da bør man jo være med å legge en plan.*

Samarbeidet mellom sosialtjenesten og institusjonen ble oppfattet og vurdert til å være av avgjørende betydning.

*K1: Samarbeid? Kan vi ikke samarbeide må vi opp i gravemaskinen.*

Der kontakten mellom sosialtjenesten og institusjonen er på plass, opplever informantene regelmessige samarbeidsmøter som et av de viktigste verktøyene og arenaene for samarbeidet.

*K1: I samarbeidsmøter, tette samarbeidsmøter.... Da skal en ikke spare.... samarbeidsmøtene den viktigste arenaen. Det er det som skal til for at vi kommer sammen, så vi ikke sitter på hver vår planet. Når vi kommer sammen, så blir jo.... holdt på å si... at vi... det er jo kunststykket da... at instansene jobber sammen og ikke mot hverandre.*

Dernest ble det å få på plass ei ansvarsgruppe, og å få denne opp å gå, sett på som en av de viktigste faktorene for å få til et samarbeid. Ansvarsgruppe som metode ble ansett som

hovedmetoden man jobbet etter. Variasjonen informantene imellom kom i forhold til tidspunktet for når man skulle møtes for første gang.

Ei ansvarsgruppe er en tverrfaglig og tverretattlig samarbeidsgruppe hvor de mest sentrale bistandsinstansene er representert, opprettet på bakgrunn av samarbeidspartners felles beslutning om nødvendigheten av en slik organisering av samarbeidet for å sikre at det arbeides på en systematisk og koordinert måte, slik at ulike rehabiliteringstiltak trekker i samme retning. Det er en systematisk og forpliktende samarbeidsform som strekker seg over tid (Evjen, Øiern og Kielland 2003:143).

Det er her hoveddelen av samarbeidet utføres i praksis, selv om også kontakt utenfor møtene i form av telefoner og besøk ble nevnt som viktig.

Den etablerte praksis så ut til å være at kontakten mellom sosialtjenesten og institusjonen i den konkrete saken frem til selve plasseringen, først og fremst besto av kontakt mellom sosialtjenesten og enhetsleder/nestleder på institusjonen på organisasjonsnivå, og da først og fremst for en avklaring av mulig plass eller ikke. Møtet mellom de aktuelle samarbeidspartnere på person nivå, det vil si de som skal jobbe videre aktivt med den aktuelle plasserte, kom stort sett først på plass rundt en måned ut i selve plasseringen.

Det ble gjentatt at pasient og institusjon i første omgang trengte tid på å lande, bli kjent med hverandre, og at pasienten først og fremst måtte komme seg gjennom avrusingen og bli tilgjengelig før man startet samarbeidet med sosialtjenesten og den videre oppfølgingen rundt plasseringen.

*11: Tenker uansett de første 14. dagene handler om å komme seg til hektene igjen og heller avlegge besøk som har mer sånn støttende karakter. Så kommer et første offisielt ansvarsgruppemøte hvor en snakker om hvem som skal være i ansvarsgruppa di og begynner å tegne noen linjer sammen, og så ha noen arbeidsfordeling og arbeidsoppgaver allerede da og møtes etter noen uker igjen allerede kanskje for å se hva var mulig og ikke mulig for så å ha et avsluttende møte. Jeg tenker jo at det er en veldig intens fase i de første ukene. Da trenger man jo kanskje mer den praktiske tilretteleggingen. Da tenker jeg på sånn som økonomiske ting, hjelp til ting som er helt der og da. Mens det etter hvert som pasienten friskner til, så behøver man mer annen type bistand også. Fremtidsrettet. Det skjer ofte sånn 3 uker ut i innleggelsen. Det handler nok om at det tar ofte en god ukes tid for å bli sånn avgiftet da, samt mye sånn søvn, mat og helt.. de bare spiser og sover mange. Og så begynner vi å nøste litt i det som fins av hjelpeapparat ute. Finne ut og så lager vi oss en oversikt, og så kaller vi inn til et møte med ting vi ønsker å ta opp.*

Tanker om at det er pasientens tilgjengelighet fysisk og psykisk som styrer når samarbeidet mellom sosialtjenesten og institusjonen skal startes opp, ble også poengtert av sosialtjenesten.

*K1: Nå har hun landet etter 3 uker. Ingen vits med noe samarbeidsmøte den første måneden.*

Samtidig kom det frem fra samtlige informanter et ønske om at det bør være mer og tettere kontakt mellom institusjonen og sosialtjenesten enn hva det er i dag, og da på et mer personnivå. Det vil si med tidlige samarbeidsmøter også uten pasienten og kanskje også før selve plasseringen foretas.

Det å være tidlig på, å tenke forberedelse av både institusjon og pasient ble trukket frem som sentralt.

*K1: Ja. Alfa omega, forberedelse, todelt, både i forhold til pasient og i forhold til hjelpeinstans. Altså institusjonen.*

Tidlig planlegging ble trukket frem av samtlige informanter som sentralt og som et ønske, og gevinstene ble opplevd å kunne komme på flere områder.

På den ene siden ville det å være godt forberedt innebære at systemene på forhånd har lagt en plan for håndtering av noen av de utfordringer informantene ved institusjonen opplever som et stort problem i selve mottaket av pasienten. At vedkommende ikke har med seg det han/hun trenger av nødvendig utstyr for å kunne være på institusjonen opplevdes uheldig.

*I2: Tenker at egentlig skulle det vært slik at ansvarsgruppa var satt, datoen var satt og det økonomiske for pasienten var på plass. Sånn at du ikke fikk en pasient som kom uten tøy, uten klær, uten noen ting, ikke røyk en gang...*

En annen gevinst av tidlig planlegging var at strukturen for møtevirksomhet i ansvarsgruppa ble satt, slik at ikke store deler av tilbakeholdelsestiden på inntil tre måneder blir benyttet til å prøve å oppnå kontakt systemaktørene i mellom.

*I1: Ja, jeg synes i hvert fall at vi må ha avtalt kanskje på forhånd nesten før innleggelse hvilke datoer vi skal møtes. Sånn at det ikke blir sånn veldig frem og tilbake når du kan og vi kan og ja sånn. Skal stemme for den og den, og så har vi en overlege her som er travel. Og så bruker vi mye tid på sånn som vi ikke hadde behovd å bruke så mye tid på.*

En tredje gevinst er at systemaktørene gjennom det å planlegge å være i forkant, også tidlig i prosessen, kan påbegynne arbeidet med tanke på hva som skal skje etter tilbakeholdet.

*K2: Men 3 måneder er veldig kort tid, og sånn at hvis man skal planlegge tiden etterpå så bør man jo inn ganske tidlig". "Jeg synes jo.... at vi i en sånn sak så bør det være et veldig tidlig møte. Om det er kommunen eller institusjonen som tar et initiativ*

*at det bør være et tidlig møte. Men det virker som om, i hvert fall institusjonen, at de bruker noe lang tid før de tenker møte....*

Samtlige informanter var innom dette og mente på hver sine sider at dette var ønskelig og noe de ville ha fulgt opp i praksis. At det ikke ligger en klar forventning eller føring på at det skal være slik, og at det er opp til hver enkelt sak og sosialtjeneste hvordan dette håndteres og hvem som tar initiativet for å få det på plass, ble nevnt som en sentral årsak til hvorfor det ikke er slik i dag.

*I2: Når en pasient skal inn så skulle det vært mye mer krav fra de og oss som sykehus at det skal kreves at dato for ansvarsgruppe skal være satt, vi kommer ned, noen sier de ikke kan komme ned fordi det er langt, men de har tross alt lagt inn en pasient...*

#### **5.1.4 Sosialtjenestens tilstedeværelse underveis i plasseringen**

Fra institusjonens side ga informantene uttrykk for at et av problemene i opprettelsen av et godt samarbeid er sosialtjenestens manglende tilstedeværelse i saken etter at selve plassering er foretatt. Det ble fremholdt at sosialtjenesten av ulike grunner ser ut til å ta en "timeout" etter at plasseringen er foretatt, og at de ikke er engasjert eller tilstrekkelig opptatte av hva som skjer underveis i plasseringen på institusjonen.

Institusjonen har i konkrete saker erfart at sosialtjenesten, etter å ha gjennomført saken i fylkesnemnda, ser på håndteringen av brukeren under oppholdet på tilbakehold som institusjonen sitt ansvar alene.

*I2: Sånn at du opplever at noen synes at det er deilig når de bare er vekk for da har de de borte og så skal de begynne å jobbe med dem når de kommer ut.*

Og på den andre siden at man tildels kan oppfatte sosialtjenesten som noe utbrent i forhold til brukeren, og at engasjementet i tilbakeholdet kan bli noe preget av dette.

*I1: Jeg har noen gang også tenkt at det har vært pasienter de har jobbet veldig mye med og prøvd veldig mye og fått til mye som ikke har fungert og får kanskje mye press fra pårørende og sånn og så må foreta seg noe, så blir det nesten slik pausetilstand. Da har de slappet av i tre måneder mens pasienten er her, det synes jeg at noen ganger kan ha vært en tendens. De fleste kommuner tror at det holder med å stille opp på en telefonkonferanse. Tenker at det får holde og at sjefen gir ikke de fri en dag.*

Sosialtjenesten oppleves av begge informantene å kunne være helt fraværende i opptil i så mye som halvparten av de sakene de har stått i.

Sosialtjenesten benytter mangel på tid og rammebetingelser som forklaringer på dette.

*I2: Nei, de har det travelt. Har ikke tid, eller penger til reiser.... Ja, og så få det til.... De har en travel hverdag. Mens noen kommer med en gang og har lagt det opp når de kommer.*

Det ble videre bemerket en forskjell i sosialtjenestenes nivå på kontakt når det gjaldt det å få til selve plasseringen/plassen, og tiden etterpå.

*I2: Noen som ringer veldig når de skal inn på tvang og det haster veldig. Så får du plutselig ikke tak på de lenger etter at de har kommet. Oi, hvor er de hen?*

Det ble understreket at det er markante forskjeller fra kommune til kommune med tanke på deres sosialtjeneste sin tilstedeværelse i en slik sak.

*I2: Men det er veldig forskjell fra kommune til kommune, noen tar jobben sin seriøst ift det og er på tilbudssiden med en gang de kommer inn, tar kontakt og opplyser at de er et rusteam, at de kan kontaktes, at de kommer til å ringe mens noen hører du nesten ikke i fra. En 50-50 fordeling.*

Og det virker ganske klart at den enkelte sosialtjenestes erfaring med samhandling med institusjonen er en sentral forklaring for tilstedeværelsen i saken.

*I1: Jeg må si at det i noen tilfeller så har vi veldig godt samarbeid, og det gjelder de kommuner som kjenner posten godt fra før. Som har vært noen runder med oss med andre pasienter tidligere og som ser at andre pasienter de la inn på tvang har kommet seg i dag, så de har veldig stor tro på oss som avdeling, og vet noe om hva pasienten trenger ved stedet her, ja det synes jeg noen kommuner som utmerker seg.*

Som den ene informanten beskriver det, er det lite hjelp i å holde noen inne på institusjonen uten at en har sosialtjenesten med i saken. Pasienten skal før eller siden tilbake til kommunen.

*I2: Ja, tilstedeværelse og det å bry seg om. Det å vite om... det er klart at det hjelper jo ikke bare å sende noen ned i tre måneder, det er jo de samme personene som kommer ut igjen, det er jo sosialtjenesten som får det, det er jo de som får den oppgaven når de kommer ut.*

Informantene fra sosialtjenesten bekreftet til dels oppfatningen til informantene fra institusjonen, om at sosialtjenestens fokus og eierforhold til saken endres noe fra tiden før plassering og til plassering er gjennomført.

*K1: Nei da er jeg på sidelinjen, i gåsetegn. Jeg er jo like oppi saken, men da har de ansvaret for vedkommende.*

Videre at koordinatorfunksjonen også til dels ble forventet, og også utført av institusjonen i praksis.

*K2: vel egentlig posten som har vært det så langt. Det er det, sånn på sett og vis. Samtidig kan jeg i noen saker være veldig tett på ift at jeg er kontaktpersonen utenfor institusjonen, så mye går gjerne om meg. Men de har jo tatt mye av det.*

Det fremkom også fra informantene fra sosialtjenesten at de tenker at institusjonen under oppholdets gang har hovedansvaret for at en kommer frem til et resultat.

*K1: De har et ansvar for å legge opp et løp etter de tre månedene som hun kan gå rett inn på. De har ansvar som spesialisthelsetjeneste å sørge for at det er et løp videre. Så lenge hun har vært inne på tvang. Problemet de sitter med er ventetiden. Det er ikke mitt problem.*

Det kunne virke som om det er en forskjell dersom veien videre for den enkelte pasient etter tilbakeholdet ikke er videre i tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

*K2: Men jeg synes jo at sosialtjenesten burde være der og planlegge tiden etterpå hvis en skal ut i kommunen igjen... umiddelbart etterpå.*

## **5.2 Forutsigbarhet**

Informantene gir uttrykk for at det mangler forutsigbarhet i hvordan samarbeidet mellom institusjon og sosialtjeneste tenkes utført underveis i plasseringen på tilbakehold.

Det er som tidligere beskrevet fra institusjonens side, uttrykt at det er stor variasjon kommunene i mellom når det gjelder hvor strukturert og planlagt gjennomført samarbeidet med sosialtjenesten om den enkelte brukers plassering er. På den ene siden er det sosialtjenester som er tett på institusjonen og brukeren, og som er aktivt inne og samarbeider med institusjonen om det som skjer i tilbakeholdelsessituasjonen, til sosialtjenester som er totalt fraværende i tiden etter at plassering er foretatt og saken er ferdig behandlet i fylkesnemnda.

Under overskriften forutsigbarhet utpeker del temaet utarbeidelse av prosedyrer og en handlingsveileder for samarbeid seg som betydningsfullt.

### **5.2.1 En mangel på prosedyrer**

Det etterspørres både fra sosialtjenesten og fra institusjonen at det utarbeides enn prosedyre for hva som faktisk kan forventes av samarbeid under oppholdets gang på institusjonen slik at dette blir mer forutsigbart og planmessig.

*K2: Ja, jeg skulle jo gjerne ønske at posten hadde en prosedyre jeg som var på en måte litt lik for alle. Eeh... så hvor de involverer, også blir man enige i hvordan tingene skal gå. Jeg synes jo de i liten grad tar kontakt og innkaller.... litt for sent kanskje når de gjør det. Kommer jeg med pasienten forholdsvis akutt, så er jeg med i det første rommet der så blir jeg hevet ut så hører jeg jo ikke mer hvis jeg ikke tar*

*kontakt selv., litt satt på spissen... men det blir sånn i mange tilfeller. Men så blir de veldig glad når jeg tar kontakt... Så flott dette er vi ikke vant til.... Mens jeg tenker at det kunne vært motsatt. Det kunne vært mer samkjørt og det ville vært bra tenker jeg... sånn... absolutt.... for det er noe med å få mest mulig ut av det. Og da kan vi ikke gå å vente på hverandre, da må vi hive oss ut i det og vite hva som skjer og når det skjer.*

Spørsmålet er hvor strengt prosedyren skal legges og hvilke konsekvenser eventuelle avvik skal kunne få.

*I1: Altså vi kunne jo på en måte si at skal vi ta imot pasienten så skal vi ha det sånn at da skal vi ha de tre ansvarsgruppe møtene, klarer dere det eller ikke? Og hvis de sier nei, så kan vi heller ikke ta imot. Sånn kunne jeg ønske at det var, men av en eller annen grunn så er det ikke sånn og heller ikke satt i system hvordan det skal være.. men ja.....*

Ønske om utarbeidelse av en handlingsveileder ble tatt opp av flere av informantene, noe som ble vurdert til å kunne skape en forutsigbarhet og ryddighet. Informanten fra institusjonen ønsker mer krav både utad og utenifra om at det legges en struktur og plan for samarbeidet.

*I2: Nei, det burde jo være kriterier for at når du skriver folk på tvang, så burde det være en prosedyre da for hvordan ting burde gjøres... Må jo kunne lages en eller annen form for veileder.... Jeg ville at det skulle vært mye mer.... når en pasient skal inn så skulle det vært mye mer krav fra de og oss som sykehus at det skal kreves at dato for ansvarsgruppe skal være satt, vi kommer ned, noen sier de ikke kan komme ned fordi det er langt, men de har tross alt lagt inn en pasient....*

Som også informanten fra sosialtjenesten er tydelig på, forventes det at institusjonen stiller krav og tydelige forventninger til sosialtjenesten med tanke på at det opptres på en måte som vedkommende oppfatter som profesjonelt.

*K1: Posten må jo kunne kreve..... det er jo som jeg sier for eksempel til institusjoner som jeg har henvist pasienter til, det er ikke bare jeg som skal sitte å kreve av institusjonen..... institusjonen, xx (utelatt navn på institusjon) for eksempel skal jo kunne kreve av meg au.... Det skal kunne gå begge veier. Kreve profesjonalitet. Kort og godt. De for eksempel på institusjonen skal kunne kreve at den som har henvist en pasient til tvang skal ha gitt de tilstrekkelig forhåndskunnskap, er en ting, at man har hatt et samarbeid i forkant og ikke bare at plutselig bang..... der kom vedkommende med politiet og det var det... det er jo galskap. Da er det jo ikke samarbeid.*

Det kommer videre frem ønsker om at institusjonen og sosialtjenesten som samarbeider med institusjonen, avholder samarbeidsmøter seg i mellom hvor selve samarbeidet er temaet

*K2: Jeg vettu, jeg synes jo kanskje at vi burde hatt noen samarbeidsmøter uavhengig av pasienter eller klienter, eller hva skal jeg si, for å snakke om mer generelle ting. Egentlig så kunne man jo hatt en sånn, et samarbeidsmøte i sånn ny og ned. Trenger ikke være så ofte, men at man har det.... Så tenker jeg at det, kan godt hende at det ikke trenger å være så mye. Kanskje en bare skulle lage seg en prosedyre sammen,*



*sant.... Så trenger det ikke være så mange møter enn akkurat å utarbeide de tingene.  
En handlingsveileder eller noe sånt.*

Det uttrykkes behov for at det utarbeides en prosedyre eller handlingsveileder for et anbefalt løp for samarbeidet underveis i en plassering på tilbakehold, og at denne kan utarbeides i fellesskap.

*I1: Det burde vi kanskje gjort sammen... jeg vet ikke noen.... Det blir på et system nivå jeg tenker der man er representert både spesialisttjenesten og sosialtjenesten i kommunen.... Ha noen rammer felles for det... hvem og hvor og hvordan det vet jeg ikke.*

Dette bør ikke nødvendigvis bare begrenses til denne ene institusjonen og de sosialtjenester denne samhandler med, men med et enda bredere nedslagsfelt.

*I2: Ha arbeidsgruppe som ble satt ned. Fra spesialisthelsetjenesten og de plasser som tar imot, og av de som leverer pasienter. Lagd en sånn arbeidsgruppe egentlig. Så en i denne arbeidsgruppa kunne hente den kompetansen en trengte.*

Et eksempel på et område hvor det etterlyses klare føringer er det med pasientens økonomi. Forholdet rundt økonomi og hvor godt forberedt plasseringen er, er en av faktorene institusjonen trekker frem som av vesentlig betydning for å dempe støyen rundt selve plasseringen. Spesielt institusjonen er opptatt av at det er behov for at det følger med en økonomisk pakke ved innleggelsen, som sikrer en god start i plasseringen på tilbakehold. Det er en forventning til sosialtjenesten om at dette faktisk er på plass i det øyeblikket plasseringen foretas.

Det er som ved innleggelser på institusjoner til frivillig behandling, forutsatt at den enkelte pasient har med seg tilstrekkelig garderobe og personlig utstyr til å kunne være i opplegget på institusjonen. Det forventes at sosialtjenesten bistår med å få dette på plass dersom vedkommende selv ikke har egne midler til å kunne klare dette. Under selve oppholdet på institusjonen anses alle pasientens livsoppholdsutgifter å være ivaretatt gjennom institusjonens døgnset. Eventuelle aktiviteter institusjonen har som en del av sitt ”behandlingsopplegg”, svarer institusjonen for å skulle dekke i sin helhet. Dersom vedkommende pasient ikke har midler til lommepenger, skal sosialtjenesten sørge for dette frem til alternative midler er på plass. Ved opphold i institusjon anses man gjennom oppholdet å normalt være sikret sitt livsopphold (Rundskriv I-1/93:118)

I forhold til tilbakehold og hvor brukeren plasseres på en institusjon mot sin egen vilje, knyttes det selvsagt både egne etiske- og praktiske utfordringer til at dette skal være på plass

ved innleggelsen. I praksis forteller institusjonene at dette er mangelfullt. Det kan bero på mange ting, men at manglende planlegging og oversikt kan forhindre denne svært uheldige situasjonen.

*I1: Vi kan tenke noen ganger på det med penger, at vi har et forskjellig forhold til penger her i forhold til de ute. Da kan vi tenke at fordi at vi ofte møter sosialarbeidere som sier ja men nå har pasienten arbeidsavklaringspenger og på en måte vi kan ikke drive å gi sånn.... Så tenker vi at ja, de har ingen penger.... Om de hadde hatt en million i lønn så har de tom konto, og så er det tom konto. Og så blir du lagt inn på tvang så blir det ...Så vi står mye i konflikter ift det med pasienten. Noe vi tenker vi lett kunne sluppet om vi visste vi hadde noe sånn handlingsrom der. Sånn at vi hadde en pakke tobakk og litt sånn, det kan være de små tingene som blir så viktige i en sånn kritisk fase.*

Dette viser at det i praksis ikke blir tatt utgangspunkt i pasientens faktiske her og nå situasjon, og behovene som pasienten har. Videre kan det være to forskjellige personer og systemer som skal vurdere spørsmålet i kommunen, kanskje skal saken avgjøres i sin helhet av en økonomisk saksbehandler som verken har vært på institusjonen eller for den sags skyld har kjennskap til hva en sak om tilbakehold dreier seg om.

*I2: Så synes jeg det med økonomi er noe vi bruker mye tid på. Mange de har jo ikke økonomisk sans i det hele tatt. Om du får Lønn den 15.... og tatt på tvang den 16, så vil det jo ikke si at du har de pengene? Jeg har sagt noen ganger om noen av de fra sosialtjenesten kunne tenke seg å komme inn på sykehuset uten truser, penger og røyk hvis de røyker. Det er det få som vil... Det blir veldig mye støy rundt økonomien. Før kom folk ofte kun med det tøyet de hadde. De kom fra andre steder av landet og ikke snakk om noen som kunne levere de noe. Ikke sant, så har de jo ikke noe.... De kunne ha hatt.... Da ville jeg sagt at det var et krav når noen kommer inn at de hadde med seg tøy og penger sånn at de kunne klare seg med røyk å... sånn at ikke det var noe problem i hvert fall.*

Plasseringen kan virke og bli foretatt uten særlig grad av forberedelse fra sosialtjenestens side, når det gjelder det å sørge for at brukeren får med seg det han/hun trenger av så basale behov som klær, nødvendig utstyr og eventuelt lommepenger inn på institusjonen. Dette bekreftes til dels av sosialtjenesten som en utfordring i det praktiske samarbeidet.

*K2: Jeg synes jo egentlig det er veldig mye fokus på ting som..... ehh økonomi, ofte så kan folk være litt kranglete ift rettigheter og bruke masse tid på det.*

Problemer knyttet til dette med økonomi virker å være lite tematisert i sosialtjenesten og ved institusjonen, ut over at det reises som en utfordring i den konkrete sak ut i selve plasseringen på tilbakehold.

### 5.3 Forventninger til hverandre

Det blir gitt uttrykk for at det i prosessen rundt tilbakeholdet kan oppstå situasjoner hvor en møtes med krav og forventninger som forventes innfridd og som i liten grad lar seg realisere. Måten dette gjøres på kan virke hemmende inn på samarbeidet institusjon og sosialtjenesten imellom. Under overskriften forventninger til hverandre utpeker innsikt i og forståelse av hverandres systemer seg som betydningsfullt for samarbeidet, og de ventetider det i dag er med tanke på overføring i videre behandling oppleves som problematisk både av sosialtjenesten og av institusjonen.

#### 5.3.1 Innsikt i og forståelse av hverandres systemer

Det fremkommer ganske klart at sosialtjenesten har lite innsikt i hva innholdet i tilbudet til institusjonen er og hvilke utfordringer en plassering med tilbakehold innebærer/medfører.

*K2: Jeg vet jo ikke hva som skjer der. Jeg har en egentanke om at det er veldig individuelt ut fra hva de skal oppnå med oppholdet. Men det vet jeg jo ikke.*

Det tilbudet institusjonen har, og de utfordringer de møter på i praktiseringen av tilbakehold, er lite presentert utad overfor de aktører de samhandler med. Dette gjelder både det faglige innholdet, aktivitetsnivået i institusjonen, og utfordringer knyttet til det å utøve tilbakehold. Informantene ved institusjonen opplever at kan skape urealistiske forventninger til det faktiske oppholdet.

*I2: Noe kan løses via prosedyrer. Informasjon der folk vet, ikke sant. At de som faktisk legger folk inn på tvang vet hva vår oppgave blir og hvordan vi kan utøve den. Det tror jeg ikke alltid de vet. Det vet ikke pårørende heller. Ofte vanskelig for pårørende. De tror liksom at de når de er inne på tvang, så kan du holde de der forever. De tre månedene vi kan holde, hvis de stikker av, så er det sånn oi.....ja.*

Samtidig oppleves også institusjonen å ha liten forståelse eller innsikt i det kommunale systemet, og hvordan dette er organisert og fungerer. Kommunene er ulikt sammensatt og organisert. Denne variasjonen finner man også når det gjelder kommunenes ressurser og begrensninger i og effektivt kunne sette inn konkrete tiltak på kort varsel. Det kan oppleves vanskelig for sosialtjenesten å bli presentert for krav og forventninger fra institusjonen og pasientens side om at sosialtjenesten, innen oppholdet på tilbakehold er over, skal kunne ha realisert bolig, jobb/aktiviteter og eventuelt en plass hvor en kan være enten på vent av videre behandling innen utskrivelse, eller som et alternativ til å gå videre i behandling.

*K2: Institusjon - kommune, nei vi er på ganske forskjellige planeter i hvert fall. Og det blir jo veldig sånn person avhengig hvor mye man er i stand til å forstå den andres system. På ulike måter så viser de hvordan de ikke forstår det kommunale systemet. Og det er litt sånn tungvint hvert fall hvis de legger forventninger til pasienten, og det ligger noen krav der som ikke er riktige. Og forventninger, og da blir det så mange skuffelser i relasjonene.*

Dette oppleves som vanskelig, og da spesielt ut fra måten og hvilken situasjon det tas opp i.

*K2: Ja det er forferdelig, i hvert fall hvis det skjer i møtet sammen med pasienten, eller med pårørende å. Det er forferdelig vanskelig. Kanskje ha mer dialog i spesifikke saker men uten, ikke alltid med pasient. Sånn at vi kan være litt tydelig på..... at hvis de mener at kommunen må jobbe med det og det... så si det da, men ikke legg noen forventninger om at det er noe vi kan få til. Å ha den dialogen og ikke bare ta ting for gitt. Det blir så tungvint, og så blir det mye irritasjon oss i mellom og ift pasienten.*

### **5.3.3 Ventetider på videre behandling**

Et negativt utviklingstrekk som trekkes frem av både sosialtjenesten og institusjonen og som er særlig bekymringsfullt, er utviklingen av ventetider mellom selve oppholdet på tilbakehold og overgangen til videre behandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling på døgnnivå.

*I1: For selv om pasienten skulle ønske videre rusbehandling vil det jo selvfølgelig ofte møte på en ventetid og da må vi ha en plan b i mellom tiden. Da trenger vi 1. linjen med på det for det kan jo de best, tenker jeg. Og så kan jo vi si noe om hvilken spesialisttjeneste de skal ha videre. Men også etter det kommer det en dag de skal tilbake igjen i sin kommune ,til sitt liv og ha en meningsfull dag, sånn at det er jo masse arbeid som skal gjøres.*

*Det skjer oftere og oftere, det er veldig beklagelig og noe av det vi synes det er veldig trist å være vitne til. At pasienter vi gjennom tvangsinnleggelse sammen med kommunen, blir veldig positiv slutt på at de er motivert for å ta imot videre rusbehandling, da er vi jo kommet i mål på en måten da er vi jo kjempefornøyd, og i det øyeblikket de ønsker det kan vi ikke gi dem noe....*

Det etableres forventninger fra institusjonen til at sosialtjenesten skal sørge for midlertidige tiltak/løsninger i ventetiden på videre behandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling på døgnnivå, og motsatt når forventningene fra sosialtjenestens side er at overgangen skal skje umiddelbart og så lenge brukeren selv ønsker det og er klar for det. Sosialtjenesten fremmer og gjennomfører en sak om tilbakehold for å få brukeren motivert for å gå inn i videre behandling, og kan i praksis oppleve at brukeren tilbakeføres kommunen på grunn av manglende behandlingsskapasitet, selv om vedkommende ønsker behandlingen.

*K1: De har ansvar som spesialisthelsetjenste å sørge for at det er et løp videre. Så lenge hun har vært inne på tvang. Problemet de sitter med er ventetiden. Det er ikke mitt problem. Og de skyver det ned på kommunene, jeg liker det ikke på en flekk.*

*Der vi kommer ofte i clinch er ventetiden. Også blir det sendt ned til oss igjen, for de vet vi har mulighet til å kjøpe plass som sånn siste instans (private omsorgsinstitusjoner). Skulle ønske vi ikke hadde den.*

Det uttrykkes frustrasjon om det at sosialtjenesten blir ansvarliggjort for å skulle fremskaffe et alternativt midlertidig tilbud, for å dekke over en utvikling i spesialisthelsetjenesten hvor en gjennomført tilbakeholdelses sak med et vellykket utfall, ikke lenger oppleves å skulle medføre en automatisk rett til øyeblikkelig hjelp eller plass i videre behandling. Frustrasjonen deles både av institusjonen og sosialtjenesten, og er en praksis som nok ikke har vært intendert fra lovgivers side. Slik det tidligere ble praktisert, ble pasienten gjennom å ha vært plassert på tilbakehold prioritert for plass i frivillig behandling ved den enkelte behandlingsinstitusjon. Det var da mulig å få til en direkte overgang over i videre behandling, en praksis det ikke lenger er mulig å opprettholde. Det skal nå foretas en ny rettighetsvurdering og fastsettelse av behandlingsfrist av vurderingsteamet ved helseforetaket, og det å ha vært på tilbakehold gir ingen automatisk rett- eller fortrinn til videre behandling (brev fra Helsedirektoratet 12.05.10, referanse nummer 08/8983).

### **5.3 Avrunding**

Jeg har i dette kapittelet valgt å presentere et utdrag av den empiri jeg har samlet inn og bearbeidet i min undersøkelse. Informantene mine har delt erfaringer de gjør seg i den praksis de står oppe i. Jeg opplever selv at det i materialet fra mine informanter foreligger mye informasjon og gode forslag og tanker om forbedringer av praksis når det gjelder samarbeidet mellom sosialtjenesten og institusjonen i en sak om tilbakehold. Det er ikke alt jeg kan gå nærmere inn på i det påfølgende diskusjonskapittelet, da jeg har foretatt en prioritering ut fra hva jeg opplever utpeker seg som spesielt interessant. Det jeg velger å ha fokuset på videre er relevant empiri som belyser temaområdene interorganisatorisk samarbeid og samarbeid på personnivå.

## **6. Diskusjon**

Jeg vil her søke å diskutere noen implikasjoner mine funn kan ha for teori og praksis. Og vil ha som bakgrunn den presentasjon jeg ga av det teoretiske bakteppet i kapittel 2.0.

### **6.1 Dataene sett i lys av teori om interorganisatorisk samarbeide**

Gjennomføringen av en sak om tilbakehold involverer flere aktører på ulike systemnivåer, med til dels overlappende ansvarsområder.

Selve saken iverksettes av sosialtjenesten som er en del av det kommunale systemet, det endelige vedtaket fattes av fylkesnemnda, mens selve tilbakeholdet utføres på en institusjon forhåndsutpekt til å skulle kunne håndtere denne typen saker av det regionale helseforetaket. Det endelige valget av den konkrete institusjonen er ment å skulle skje i et samarbeid mellom det regionale helseforetaket, stort sett representert ved vurderingsenheten eller den aktuelle institusjonen, og sosialtjenesten (Ot.prp.nr 3 (2002-2003)). Det skal deretter foretas en vurdering av rett til nødvendig helsehjelp eller ikke, fastsettes et nivå på denne, med forslag til hvor hjelpen anbefales utført av vurderingsteamet dersom sosialtjenesten og institusjonen gjennom tilbakeholdet lykkes med å motivere pasienten til videre frivillig behandling. Deretter involveres det nok en aktør i form av en ny institusjon med tilbud om tverrfaglig spesialisert rusbehandling, om vurderingsenheten finner dette som rette tiltaket, og hvor det er et eget inntakssystem, behandlingstilbud og ventetid på plass.

Dersom vurderingsteamet ikke finner at vilkårene for rett til nødvendig helsehjelp på institusjonsnivå er til stede, vil pasienten overføres til et kommunalt opplegg med en eventuell støtte fra et poliklinisk tilbud i spesialisthelsetjenesten.

Alternativt vil videre behandling avbrytes dersom pasienten ikke ønsker videre frivillig behandling, med nok en situasjon hvor vedkommende tilbakeføres kommunen.

#### **6.1.1 Domenekompabilitet**

Saksgangen og prosessen i gjennomføring av en sak om tilbakehold, som illustrert tidligere, baserer seg på en forutsetning av at de aktører som er involvert i saken, opplever samarbeidet som nyttig ut fra den fordeling av oppgaver som er dem imellom. Sann sett kan det sies å foreligge det Knudsen (1993) betegner som en domenekompabilitet, en sentral betingelse for

å skulle kunne lykkes med et samarbeid mellom organisasjoner i praksis (Knudsen 1993). Videre vil aktørene kunne sies å ha delvis overlappende ansvarsområder. Enhetene i gjennomføringen av en sak om tilbakehold både forutsettes og gjennom kontakt med hverandre kunne utfylle og utnytte hverandres kompetanse for å søke å ivareta en felles pasient. Nok et sentralt kriterium og en sentral forutsetning for etablering av et samarbeid (Knudsen 1993)

Sosialtjenesten konkluderer gjennom saksgangen til fylkesnemnda, og gjennom det å fremme en slik sak om tilbakehold, med at frivillige hjelpetiltak ikke er tilstrekkelige. Det er behov for tilbakehold med det formål å utrede, tilrettelegge og motivere for frivillig behandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Institusjonen som allerede er forhåndsutpekt og godkjent for å kunne gjennomføre denne typen plasseringer, forutsettes å ha en egen kompetanse på dette ut over hva kommunen selv forutsettes å inneha, og visa versa (Ot.prp.nr. 3 (2002-2003)). Samtidig blir det forventet at sosialtjenesten skal delta aktivt i plasseringen, både for å følge opp at kriteriene for fortsatt opprettholdelse av fylkesnemnda sitt vedtak er tilstede, og som den sentrale koordinator for hjelpetiltak rundt en rusmiddelmissbruker både før, under og etter en innleggelse (Lov om sosiale tjenester m.v.1991; Ot.prp.nr. 3 (2002-2003))

På personnivå gir både informantene fra sosialtjenesten og fra institusjonen uttrykk for at samarbeidsmøtene, og det å etablere en ansvarsgruppe er de viktigste metodiske verktøy for samarbeidet dem imellom underveis i oppholdet. Det gis uttrykk for at det i praksis anses som viktig og sentralt å samarbeide ut fra de oppgaver de er tildelt i en sak om tilbakehold, og slik sett skulle det foreligge en domenekompabilitet. Det oppleves som både nyttig og viktig for de involverte instanser å samarbeide om gjennomføringen av tilbakeholdet (Knudsen 1993).

Det som kanskje ikke kommer frem tydelig nok, og som det knyttes usikkerhet til, er hvilke oppgaver og funksjoner henholdsvis sosialtjenesten og institusjonen har underveis i plasseringens gang.

Saksgangen i fylkesnemnda og hvem som har ansvaret i forhold til hva når det gjelder roller i forhold til denne virker som er på plass. Men slik jeg opplever funnene mine er det ikke like klart for de enkelte aktører, verken på institusjonen eller i sosialtjenesten, hvilke forventninger de enkelte har til hverandre underveis i selve plasseringen. Det virker å være knyttet usikkerhet til hva den enkelte kan bidra med underveis i oppholdet, og til hva innholdet i samarbeidet skal bestå av ut over mer en organisering av arbeidet.

Fra institusjonens side gis det uttrykk for et ønske om mer styring og klare forventninger fra sosialtjenesten når det gjelder hva som ønskes oppnådd gjennom plasseringen. Mens informantene fra sosialtjenesten gir uttrykk for at det er institusjonen som er ansvarlig for pasienten når vedkommende først er plassert, og er lite bevisste på at de ut over selve tilbakeholdet kan ha særlige forventninger til plasseringen. Det gis sånn sett ganske klart uttrykk fra både sosialtjenesten og institusjonen om at det er behov for utarbeidelse av prosedyrer og en handlingsveileder for hvordan samarbeidet dem imellom bør foregå.

Det ser ut til at det også har utviklet seg en praksis hvor en avklaring av disse forholdene ikke lar seg gjennomføre før et godt stykke ut i selve plasseringen av pasienten. Sosialtjenesten tar seg en timeout etter at plassering av brukeren er foretatt, og institusjonen avventer at pasienten skal bli klar og tilgjengelig før det initieres et første møte for å etablere en ansvarsgruppe. I realiteten betyr det at det først to til tre uker ut i en plassering, som i lengste fall kan vare i inntil tre måneder, gjøres de første forsøk på å samle de involverte instanser til et samarbeid.

Utfordringen blir jo hvordan et samarbeid skal kunne oppleves som nyttig når det allerede i utgangspunktet knyttes usikkerhet til hvordan fordelingen av oppgaver skal tenkes gjennomført i en slik sak. Om det reelt sett i den praktiske verden i sosialtjenesten og på institusjonen oppfattes å foreligge det som betegnes som en domenekompabilitet (Knudsen 1993), og om det med denne usikkerheten i praksis er mulig å utfylle hverandres kompetanse, i det minste i den grad det kunne vært gjort ved organisasjoner med delvis overlappende domener (Knudsen 1993).

Tatt i betraktning usikkerheten knyttet til fordeling av oppgaver og ansvarsforholdene sosialtjenesten og institusjonen i mellom, er det behov for en styrking og rydding på området slik at samarbeidet oppleves som nyttig av begge parter ut fra fordelingen av oppgaver dem imellom. Dette for at samarbeidet i enda større grad enn slik det fremkommer fra mine informanter kan basere seg på å være et samarbeid mellom to enheter hvor sosialtjenesten og institusjonen faktisk utfyller hverandres kompetanse.

Domenekompabilitet er noe som bør tematiseres og jobbes med, både på et overordnet organisasjonsnivå og på et personnivå instansene imellom, slik at en kan oppnå den styrkning den virker å være i behov av.



### **6.1.2 Ideologisk- og kvalitetsmessig kompabilitet**

Ideologisk og kvalitetsmessig kompabilitet innebærer at aktørene i tilbakeholdssaken både har et noenlunde likt kvalitetsnivå, med i det minste å ha respekt for hverandre, og en relativ felles forståelse av hva som er gode arbeidsmåter og tilnærminger i gjennomføringen av et opphold på tilbakehold (Knudsen 1993).

Informantene i min undersøkelse uttrykker stor grad av respekt for hverandre og for det arbeidet som gjøres av den enkelte fagutøver i forbindelse med gjennomføringen av en sak om tilbakehold. Sosialtjenesten anerkjenner institusjonens kompetanse, og institusjonen anerkjenner sosialtjenestens kompetanse. Det ble da også uttrykt at samarbeid var meget sentralt og viktig for begge parter underveis i plasseringen.

Der det uttryktes å være noe mangelfullt, er kunnskap og oversikt over hverandres roller, hva som er selve innholdet i tilbudet til sosialtjenesten/kommunen, og tilbudet underveis i oppholdet på institusjonen. Det kan også i de saker der det samarbeides godt, oppleves at man kommer fra ”to forskjellige planeter” i forhold til å kunne forstå hverandres systemer, de utfordringer som ligger henholdsvis i det kommunale systemet for å få ting gjennomført og på plass, og hvilke utfordringer institusjonen møter i selve håndteringen av tilbakeholdelsen, tydeliggjør dette.

Likeledes vil forventningene til plasseringen som er foretatt, og hva sosialtjenesten og institusjonen opplever som sentrale virkemiddel underveis i plasseringen, ved å forbli underkommunisert for hverandre, kunne skape frustrasjon hos begge aktørene. Eksempelvis vil sosialtjenesten ved å ha gjennomført en plassering, kunne tenke at faktisk tilbakehold og det å holde brukeren fysisk borte fra kommunen og de utfordringer denne møter der, og hvor det vektlegges en videreføring i behandling på institusjonsnivå, til å være det sentrale. Mens institusjonen i deres praktisering av tilbakeholdet kan vektlegge det å bygge/styrke relasjonen til pasienten, som det mest sentrale verktøyet for å oppnå dette.

Institusjonen kan velge å bruke permisjoner som et aktivt verktøy i denne prosessen. Dette kan oppleves som uforståelig for sosialtjenesten. Sosialtjenesten har sett vedkommende utenfor tilbakeholdet og frykter at en rømming kan resultere i et tilbakefall til situasjonen slik den var forut for plasseringen. Institusjonen er på den andre siden i en situasjon hvor fysisk innelåsning i inntil tre måneder ikke er gjennomførbart i praksis.

Likeledes oppleves ventetidene som har utviklet seg innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling, med tanke på plass i videre behandling på institusjon etter oppholdet på

tilbakehold, å ha fått en utilsiktet dreining mot kommunale løsninger som første valget. Det vil kunne bety at en fra institusjonens side i praksis fokuserer mer på pasientens eventuelle manglende bolig, tjenester og tiltak ute i kommunen for å få på plass midlertidige løsninger ute i kommunen i påvente av en eventuell senere videre behandling, fremfor å gjøre noe mer aktivt for å få på plass tiltakene innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Hvor sosialtjenesten kanskje ikke helt deler tanken om at en gjennom tilbakehold i inntil tre måneder skulle kunne sies å være ”ferdig behandlet” og klar for å tilbakeføres det kommunale tiltaksapparatet.

Slik sett kan det hevdes at det foreligger en manglende systemforståelse i forhold til det systemet en skal samarbeide med. Dette henger igjen sammen med manglende forhåndskunnskaper om utgangspunktet for hva samarbeidet baserer seg på, og at det ikke i tilstrekkelig grad jobbes med å forberede selve gjennomføringen av tilbakeholdsperioden før sent ut i prosessen, når tilbakeholdet har kommet i gang.

Arbeidet bærer til en viss grad preg av at det utføres av to ulike systemer, hvor det enkelte system har tilpasset seg og utviklet sine egne rutiner for hvordan det skal utføres. I mindre grad er det etablert praksiser eller rutiner for at plasseringen sees på som et felles prosjekt som utvikles i fellesskap, og at det krever en aktiv deltagelse underveis i hele prosessen fra begge systemer.

Det foreligger slik jeg vurderer mine funn, og ut fra de overordnede intensjoner med bestemmelsen tilbakehold, en ideologisk og kvalitetsmessig kompatibilitet sosialtjeneste og institusjon imellom, men med klare muligheter for forbedringer i praksis, noe jeg kommer inn på når vi kommer til dette med samarbeid på personnivå.

### **6.1.3 Mandatkompatibilitet**

Med mandatkompatibilitet menes den styring det gjennom en form for mandat eller påtrykk kan være behov for, for å få samarbeidet der hvor det er gode forutsetninger for samarbeid i gang. Det vil si at en av aktørene tilleggs en plikt og rett til å sørge for at samarbeidet faktisk finner sted (Knudsen 1993).

I iverksettingen av en sak om tilbakehold legges det juridiske føringer for gjennomføring av saken gjennom det vedtak fylkesnemnda fatter. Det er vedtaket til fylkesnemnda som gir

adgang til tilbakehold, og fylkesnemnda kan blant annet også gi adgang til at det skal foretas urinprøvekontroller underveis i tilbakeholdet (Søvig 2007).

Sosialtjenesten er ment å skulle sørge for gjennomføringen av plasseringen, og videre følge opp fylkesnemnda sitt vedtak om tilbakehold i praksis, i den forstand at sosialtjenesten underveis i plasseringen skal sikre at kriteriene for å opprettholde vedtaket er tilstede. Er kriteriene for å opprettholde vedtaket ikke lenger tilstede skal det oppheves av sosialtjenesten.

Gjennom sosialtjenesteloven § 6-1 er sosialtjenesten tillagt det koordinerende ansvaret for hjelpetiltak for en rusmiddelmissbruker, både før, under og etter behandling, og skal i forhold til en sak om tilbakehold utarbeide en tiltaksplan for brukeren gjennom plasseringen som er foretatt (Lov om sosiale tjenester m.v. 1991). Dette ansvaret er opprettholdt og understreket gjennom rusreformene (Ot.prp.nr. 3 (2002-2003); Ot.prp.nr. 54 (2002-2003)).

Tidligere var det kun sosialtjenesten som kunne oppheve vedtaket om plassering, men gjennom rusreformene har også overlegen ved den aktuelle institusjonen fått adgang til å gjøre dette (Ot.prp.nr. 3 (2002-2003)). Når institusjonen foretar en slik utskrivning skal alltid sosialtjenesten varsles, jf. § 3-15 i spesialisthelsetjenesteloven (Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. 1999).

Ut fra de funnene som er gjort i denne undersøkelsen, fremkommer det fra informantene ved institusjonen at sosialtjenesten er totalt fraværende underveis i plasseringen i opptil så mye som 50% av sakene. Dette må kunne sies å være svært bekymringsfullt på flere måter, og kanskje da spesielt med tanke på at ivaretagelsen av det mandat sosialtjenesten har i en sak om tilbakehold.

Et spørsmål en kan stille seg, er jo hvordan denne praksisen har fått anledning til å kunne utvikle seg. Hva er årsaken til at sosialtjenesten ikke er mer til stede i denne typen saker, enn det informantene her gir uttrykk for? Kan det være fordi det ikke foreligger gode nok kontroll og evalueringsrutiner? Og har institusjonen så små muligheter til å sanksjonere i de saker der sosialtjenesten ikke stiller opp? Disse spørsmålene kan ikke denne oppgaven gi fulldekkende svar på, men det ville vært interessant ved en annen forskning å belyse ovennevnte forhold for å avdekke hva som kunne være en mulig forklaring på dette. Ut fra det mandatet sosialtjenesten er tillagt i en sak om tilbakeholdt, skulle ikke denne situasjonen være tenkelig.

Det kan ut fra manglende styring, og utydelighet rundt dette med mandat i en tilbakeholdssak oppstå en situasjon med at sosialtjenesten og institusjonen over tid utvikler en egen selvstendig praksis med å gjøre det "så godt en kan" innenfor de rammer en har til rådighet.

Det kan også være at sosialtjenesten sin rolle som mandatutøver blir undergravet, både gjennom at tjenesten selv er lite klar på det å inneha denne rollen og ikke er kjent med hva mandatet innebærer, og gjennom det at institusjonen i opptil halvparten av innleggelsene ikke ser noe til sosialtjenesten underveis i plasseringen. Det at sosialtjenesten skulle forvalte en slik funksjon vises ikke i praksis.

Dette er en situasjon som tilsier at institusjonen kan utvikle en egen praksis innad i eget system for å bøte på dette. Faren er at en lager seg sitt eget opplegg som man følger og forsvarer utad, og som ikke reguleres av styring «utenifra».

Den fraværende styring av praksis i den enkelte sak om tilbakehold fra systemene på organisasjonsnivå, helt opp til departementsnivå, kan se ut til å ha ført til at samarbeidet mellom sosialtjenesten og institusjonen blir personavhengig og tilfeldig gjennomført fra sak til sak. Det kan se ut til at det er behov for at man setter seg ned på et mer overordnet nivå for å utarbeide og sikre klarere føringer for hvordan samarbeidet forventes å være, og gi en tydeligere ramme for det, som man så kan praktisere på personnivå. Dette for å sikre og tydeliggjøre sosialtjenesten sitt mandat for å være ansvarlig for at dette er på plass i den enkelte sak. Det er også et behov for at det utarbeides en kontrollrutine og et system med evaluering av praksisen i den konkrete sak.

Da det hersker en del usikkerhet knyttet til dette med mandatkompatibilitet i en sak om tilbakehold, bør det også her foretas en opprydding og presiseringer av hvordan dette er ment å skulle være. Dette for å søke å få på plass en tydeliggjøring av sosialtjenestens ansvar for å være den faktiske pådriveren for samarbeidet, som jeg mener det fremgår at den er ment å skulle være.

Som Knudsen (1993) påpeker, påvirker domenekompatibilitet, ideologisk og kvalitetsmessig kompatibilitet og mandatkompatibilitet hverandre i stor grad. For å lykkes i å forbedre samarbeidet sosialtjenesten og institusjonen i mellom i en sak om tilbakehold, mener jeg det finnes grunnlag i mine funn, og i det jeg her presenterer, til å hevde at det kan hentes mye gjennom å jobbe mer med disse sentrale kriteriene for samarbeid spesielt på litt overordnet nivå innen organisasjonene, men ikke minst også ned på personnivå.

## **6.2 Dataene sett i lys av teori om samarbeid på personnivå**

I mangel av tydelig nok overordnede føringer fra organisasjonsnivå, for hvordan samarbeidet skal gjennomføres i en tilbakeholdelsessak, er det opp til aktørene i den enkelte sak å søke å få dette til så funksjonelt som mulig. Slik situasjonen er pr i dag, opprettet og knyttet opp mot den enkelte tilbakeholdssak på personnivå, etter at plasseringen er foretatt.

Både informantene fra institusjonen og fra sosialtjenesten oppfatter samarbeid som viktig og er svært opptatte av dette, og etterlyser et behov for utarbeidelse av veiledere for hvordan samarbeidet skal ivaretas i praksis. Dette er i hovedsak begrunnet i en usikkerhet som ser ut til å gjelde både for sosialtjenesten og institusjonen når det kommer til den faktiske og praktiske gjennomføringen av samarbeidet. Det hersker uklarheter rundt faktiske forventninger til hverandre, til målsettinger ved plasseringen, rundt ansvarsforhold aktørene imellom, kjennskap til hverandres muligheter, og begrensninger når det gjelder innhold i institusjonens tilbud og kommunens organisering.

Det spørsmål som aktualiseres ut fra funnene i dette materialet, er om det foreligger en tydelig nok bevissthet om selve forutsetningene for å klare å etablere og drive et tverrfaglig samarbeid hos aktørene på personnivået i en tilbakeholdelses sak. Og er det i det hele tatt mulig å se for seg at en skal kunne klare å jobbe tverrfaglig, uten at det gjøres noe ytterligere aktivt for å fremme forutsetningene for et godt samarbeid på et mer overordnet organisasjonsnivå?

Den enkelte informant opplever det som viktig å få på plass det tverretatlige samarbeidet mellom sosialtjenesten og institusjonen i den konkrete saken. Måten å skulle ivareta dette på er at det gjennomføres samarbeidsmøter, og at det opprettes ansvarsgruppe rundt den enkelte pasient. Dette fremstår i dag mer som en samordning av hvordan arbeidet rundt den enkelte pasient skal organiseres, enn at det preges av å være tverrprofesjonelt/tverrfaglig (Willumsen 2009b:21). Møtene bærer preg av at den enkelte påtar seg eller tildeles oppgaver ut fra situasjonen/behovene til pasienten, og disse forventes da løst innen det systemet en representerer mellom møtene. På det neste møtet rapporteres det så tilbake til gruppen hva man har funnet ut/jobbet med siden siste møte, og nye oppgaver tildeles. Det kan selvsagt foregå kontakt mellom møtene, men strukturen vil i hovedsak kunne foregå slik. Det kan for eksempel gjelde avklaringer rundt trygdeforhold, tannbehandling, gjeldssaker, økonomisk sosialhjelp og utredninger som skal foretas.

Det jobbes flerfaglig i form av at den enkelte deltager representerer sin egen organisasjon og ansvarsområde på møtet, hvor oppgavene forventes løst av den enkelte mellom møtene og ikke løst i fellesskap innen selve møtet (Willumsen 2009b:21).

Det kan virke som om bruken av samarbeidsmøter og opprettelsen av ei ansvarsgruppe slik det fremstår i dagens praksis, fremmer en flerfaglig måte å jobbe på og sånn sett ikke legger grunnlaget for et tverrfaglig samarbeid og utvikling av en fellesfaglig tilnærming til håndteringen av målsettingen med tilbakeholdet.

Sosialtjenesten virker videre å ha sitt hovedfokus på å få på plass et vedtak om tilbakehold og å få vedkommende plassert, mens institusjonen står mer eller mindre alene i det å fylle tilbakeholdelsestiden med et faglig innhold. Møtevirksomheten mellom institusjonen og sosialtjenesten der den forekommer, dreier seg om å organisere arbeidet innenfor hver sine sektorer/områder. Uklarheten rundt hverandres roller, sosialtjenestens manglende tilstedeværelse, manglende kunnskaper om hverandre, hverandres ressurser, begrensninger og utfordringer, ser ut til å kunne bygge opp under og forsterke denne praksisen.

Det er vanskelig å se for seg at det skal kunne være mulig å få etablert arbeidet i gjennomføringen av en tilbakeholdssak innenfor rammen av tverrfaglig/tverrprofesjonelt samarbeid, når samarbeidet ikke er etablert og på plass før selve plasseringen foretas. En sentral utfordring er det at sosialtjenesten og institusjonen kun møtes ut fra en aktuell sak, og kanskje da også for første og siste gang. Her vil rammen for tilbakehold rent tidsmessig være alt for kort, når det i praksis kan drøye så lenge som en måned ut i oppholdet, av maksimalt inntil tre måneder, før det første møtet instansene i mellom avholdes. Det synes vanskelig å få etablert en praksis med å søke å komme frem til ny kunnskap om pasientens behov og mulige tiltak og tjenester for å ivareta disse gjennom et samarbeid preget av felles diskusjoner og refleksjon, innen de to resterende måneder. Dette vanskeliggjøres ytterligere av sosialtjenestens lave tilgjengelighet til institusjonen og det som skjer der underveis i oppholdet.

Studien viser til dels at det ligger en utfordring også når det gjelder kunnskap og kjennskap til hverandres kompetanse, ansvarsområde og tjenesteinnhold. Det er ingen arenaer for utveksling av denne informasjonen ut over hva som skjer i den konkrete sak. Som nevnt virker det som at de samlinger som det initieres til i form av kurs og lignende hovedsakelig dreier seg om de juridiske aspekter rundt tilbakehold. Dette finnes det i dag til en viss grad

gode nok manualer på. Temaet som etterlyses er innspill på hvordan en skal klare å etablere et funksjonelt tverrfaglig samarbeid i den konkrete sak.

En sak om tilbakehold er som vist en kontekst med spesielle utfordringer med flere ulike aktører som gjennom en samlet og koordinert innsats skal søke å oppnå formålet med å ta i bruk bestemmelsen. Det involverer en bruker/pasient som kan være mer eller mindre enig/uenig i plasseringen. Dette er en sammenheng hvor det kan oppstå situasjoner med mye motstand, med også muligheter for utageringer så vel som rømninger. Selve denne konteksten tilsier at det vil kreves en noe annen tilnærming for å etablere et tverrfaglig samarbeid enn hva som er gjeldende i en frivillig sak. I saker som er basert på frivillighet er bruker/pasient selv aktivt inne i bildet fra første dag som en deltager i arbeidet som gjøres.

Et spørsmål som kan reises er om aktørene i en sak om tilbakehold i for stor grad vektlegger brukeren/pasientens tilstedeværelse og deltagelse i samarbeidet i en sak om tilbakehold. Faren er at samarbeidet aktørene i mellom blir satt på vent den tiden det tar før brukeren er beredt til å delta i samarbeidsmøter. Sosialtjenesten og institusjonen som skal tilstrebe at det etableres et funksjonelt tverrfaglig samarbeid kommer for sent i gang, da fokuset ikke i tilstrekkelig grad legges på dette, men holdes på når pasienten er klar for det første møtet. På denne måten kan dyrkjøpt tid gå tapt, og aktørene får ikke fullt ut utnyttet det tidsrommet de har til rådighet.

I en sak om tilbakehold kan dette oppfattes som noe paradoksalt. Konteksten i seg selv er slik at pasienten er plassert der mot sin egen vilje, og slik sett burde vel systemene seg imellom i langt større grad holde fokuset på å legge til rette for et best mulig faglig tilrettelagt opplegg for den enkelte, hvor ting er mest mulig forberedt. At de forstyrrende elementer som økonomi, klær og utstyr er svært uheldige må være klinkende klart. Det må oppleves som svært vanskelig for pasienten/brukeren å være i en situasjon hvor denne ikke har tilgang på nødvendig klær og utstyr under institusjonsoppholdet. Sosialtjenestens manglende tilstedeværelse i den første tiden av oppholdet, må søkes unngått. Det at sosialtjenesten og institusjonen raskt kommer sammen og avklarer forutsetningene for, og legger grunnlaget for et best mulig tverrfaglig samarbeid dem i mellom helt fra begynnelsen av saken, og hvor elementene som her er skissert blir vektlagt, må sies å være helt sentralt. Når så pasienten er tilgjengelig og klar for å delta i et samarbeidsmøte, sluses denne inn i et etablert samarbeidsklima og ikke inn i kaos og konflikter systemene i mellom. Dette etterspørres av flere av informantene. De mener det bør i de saker der det er mulig, avholdes møter

sosialtjenesten og institusjon i mellom forut for det at plasseringen foretas nettopp for å unngå uheldige situasjoner. Dette bør foregå på personnivå, mellom de aktører som skal stå sammen i gjennomføringen av tilbakeholdet, slik at plasseringen kan etableres som et felles prosjekt innenfor rammen av å kunne betegnes som tverrfaglig arbeid. Det bør videre aktivt jobbes med å motvirke den praksis det ser ut til at kan ha etablert seg i dag, med tanke på at arbeidet kjennetegnes av å være flerfaglig.



## 7. Oppsummerende avslutning

Tilbakehold er et krevende verktøy å jobbe med, og det stilles store krav til aktørene som står oppe i saken, da både faglig og etisk sett. Informantene i studien gir også uttrykk for at dette er et fagområde man med relativt enkle virkemidler ville kunne forbedret i stor grad.

I forhold til de forskerspørsmål som denne oppgaven la til grunn for å søke å belyse den valgte problemstillingen, viser undersøkelsen at disse er blitt belyst i en slik grad at det er mulig å besvare problemstillingen; *hvilke faktorer oppleves å fremme/hemme en god samarbeidsprosess mellom sosialtjenesten og institusjonen underveis i en plassering etter Lov om sosiale tjenester § 6-2?*.

Det fremkommer at både sosialtjenesten og institusjonen er relativt usikre både på hverandres roller, muligheter og begrensninger i forhold til gjennomføringen av tilbakeholdet. Mye dreier seg om manglende praktisk kunnskap om hverandre, men omhandler også til dels misforståelser om ansvarsforhold i prosessen. Sosialtjenesten er tildelt en rolle verken tjenesten selv eller institusjonen har forstått det fulle omfanget av, og det nødvendige mandat for å skulle kunne inneha rollen er ikke i tilstrekkelig grad tydeliggjort for de involverte instanser.

Institusjonen opererer i en sammenheng hvor forventningene til plasseringen er lite tydeliggjort fra oppdragsgivers side, og kan til dels stå ensomme med tanke på å skulle fylle tilbakeholdstiden med et faglig innhold.

Dette er sentrale utfordringer som det burde gjøres noe aktivt med, for således å kunne fremme den tverrfaglige samhandlingen sosialtjeneste og institusjon i mellom.

Studien viser at det er faktorer som kan fremme en god samarbeidsprosess sosialtjeneste og institusjon i mellom både på et interorganisatorisk- og på et personnivå. Systemaktørene har overlappende domener og ideologisk og kvalitetsmessig kompabilitet, og således er det gode forutsetninger for å kunne etablere en god samarbeidsprosess i en tilbakeholdelsessak. Det kan virke som om det er mye å hente rundt det å få på plass en tydeligere mandatkompabilitet, og at dette mandatet må tydeliggjøres fra et overordnet nivå. Det kan være interessant å se om fylkesnemndenes vedtak i større grad kan gå inn og si noe om hvordan dette skal løses.

Dagens praksis er at fylkesnemndas vedtak ikke tar stilling til dette. Dersom fylkesnemndas vedtak hadde tatt stilling til dette vil det kunne medføre at sosialtjenestens rolle og mandat fremkom mye klarere i det vedtak som fattes og som skal iverksettes. For å sikre at dette

forankres på et overordnet nivå bør det foretas en opprydding på departements nivå i forhold til de begrensinger som stadig er blitt lagt på mulighetene for å utøve dette mandatet i praksis. Jamfør eksempelvis lite samkjøring av lovverket.

På personnivå ser det ut til at den mest fremtredende faktor er det å søke og metodisk jobbe for å fremme grunnlaget for tverrfaglig samarbeid og i større grad enn hva som er tilfellet i dag, fokusere på kompetanseheving både når det gjelder den teoretiske- og den praktiske forståelsen av metodikken

Det er behov for mer og grundigere forskning innenfor den tematikken som denne studien har belyst. Det er ikke grunnlag for å si at funnene er representative for alle sosialtjenester og institusjoner som arbeider med tilbakehold. Dette var heller ikke studiens intensjon og andre undersøkelser kunne sett eller trukket ut andre faktorer av betydning enn hva jeg har gjort i min undersøkelse.

Utgangspunktet for studien var den forskning som forelå på området tilbakehold, og den viste seg å være mangelfull på området samarbeidet mellom sosialtjenesten og institusjonen underveis i tilbakeholdet.

Et av hovedfunnene i den nasjonale evalueringen av bestemmelsene om tilbakehold (Lundberg, et al. 2010) var behovet for en styrkning av samarbeidet og dialogen mellom sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten, en tydeliggjøring av arbeidsdelingen og en klargjøring av forventningene dem i mellom i gjennomføringen av en sak om tilbakehold. Min undersøkelse bekrefter deres funn, men jeg har i min undersøkelse gått noe lenger og noe dypere inn i prosessen. Ut fra mine funn, kan fem konkrete tiltak som er realistisk gjennomførbare være interessante å belyse. Disse kan antas å kunne styrke samarbeidet mellom sosialtjenesten og institusjonen i en sak om tilbakehold.

## **7.1 Handlingsveileder**

Fra informantene etterlyses det overordnede føringer når det gjelder en standard for samarbeid. Dette kan løses med at det utarbeides en handlingsveileder for selve samarbeidsprosessen mellom sosialtjenesten og institusjonen underveis i tilbakeholdet.

Denne bør bygge på Knudsens (1993) forutsetninger for samarbeid mellom organisasjoner tydeliggjort innenfor feltet tilbakehold, når det gjelder domenekompabilitet, ideologisk og kvalitetsmessig kompabilitet og mandat kompabilitet.

Videre bør den fange opp betydningen av å tidlig initiere samarbeidet på personnivå, og at dette bør være mest mulig på plass så snart en sak om tilbakehold vurderes fremmet. Den bør tydeliggjøre behovet for kontakt aktørene i mellom i prosessen og avklare hva som kan og bør være realistiske forventninger dem i mellom i en slik sak. Videre må veilederen være så utfyllende at den sikrer en god forutsigbarhet i forhold til samarbeidet i tilbakeholdet, da med tanke på at tilbakehold i seg selv er en sterk inngripen i en persons liv. Veilederen bør videre søke å legge grunnlaget for at aktørene i størst mulig grad skal kunne etablere en samhandling innen rammen av et tverrfaglig samarbeid (Willumsen 2009 b:21).

Veilederen bør være basert på erfaringer gjort i praksis, med innspill både fra sosialtjenestene og institusjonene som har erfaring fra denne typen saker. Ikke minst bør den belyse spesifikke utfordringer med å arbeide med denne typen saker, og søke å sikre at overgangene er mest mulig ivarettatt. I selve utformingen bør utfordringene både sosialtjenesten og institusjonen har i tilbakeholdet illustreres, med forslag til prosedyrer for håndtering.

Oppdateringer og evalueringer av veilederen er viktige for å kvalitetssikre denne. Det kan løses ved at det legges opp til konferanser, enten på regionalt eller nasjonalt nivå, og hvor veiledende praksis målt opp mot veiledren blir debattert. Her må det gjøres et arbeid med å sikre deltagelse fra både sosialtjenester og institusjoner. Det kan hende dette må løses gjennom at ansvaret for avholdelsen av konferansen er et felles prosjekt for begge aktørene.

## **7.2 Kompetanseheving**

Samarbeid om tilbakehold, hvor brukeren/pasienten ikke nødvendigvis selv er aktivt deltagende, er i liten grad tematisert og er en særskilt utfordrende kontekst. Dette bør derfor belyses på en grundigere måte. Kompetansehevende tiltak for i best mulig grad å kunne ivareta pasienten i tilbakeholdssituasjonen og sikre formålet med plasseringen, er nødvendig både for sosialtjenesten og institusjonen. Det påligger systemene et særskilt etisk ansvar for å sørge for at oppholdet blir best mulig for pasienten som er der mot sin vilje.

Informanter formidler at det er det mulige gevinster å hente gjennom felles kursing og kompetanseheving i samarbeid for de impliserte aktørene. En teoretisk gjennomgang av forutsetningene for etablering- og driftingen av et funksjonelt tverrfaglig samarbeid sosialtjeneste og institusjon i mellom, kan være et tiltak som kan møte det informantene etterlyser.

Det man i dag betegner som tverrfaglig samarbeid, det vil si det arbeidet som i hovedsak foregår i samarbeidsmøter og i ansvarsgruppa, virker som nevnt å være flerfaglig preget, og tar ikke utgangspunkt i, eller inneholder et ønske om å utvikles til en fellesfaglig kompetanse.

Videre vil opplæring og innblikk i hverandres tilbud og organisering være av avgjørende betydning. Da spesielt med tanke på de nye organiseringer ute i kommunene og de spesifikke utfordringer som knyttes opp til utøvelsen av- og innholdet i tilbakeholdet på institusjonen.

### **7.3 Fra en flerfaglig tiltaksplan og epikrise, til et fellesfaglig dokument**

I dag er det sosialtjenesten sitt ansvar å utarbeide en tiltaksplan for pasienten som er på tilbakehold. Det er knyttet usikkerhet til i hvilket omfang dette ivaretas på en fullgod måte. Et sentralt spørsmål å få avklart er om den utarbeides og hvordan planen er ment å anvendes i praksis. I fra institusjonens side utarbeides det en epikrise etter at institusjonsoppholdet er avsluttet. Dette dukket ikke opp som et eget tema i min undersøkelse, men jeg velger allikevel å ta det med.

Dersom kommunen og institusjonen sammen blir ansvarliggjort for å utarbeide et felles dokument som skisserer veien videre for pasienten, vil en kunne oppnå et dokument som gir enhetlig tilbakemelding til pasienten/brukeren (som mer kan sikre denne videre), og hvor samarbeidet aktørene i mellom blir forankret. Dette dokumentet kan skrives i rapport form, der det fremkommer hva det konkret er arbeidet med, hva som er erfart og hva som foreslås av videre behandling for vedkommende pasient. Den bør videre inneholde hvilke utredninger som er foretatt, resultatene av disse, skissert i form av en funksjonsbeskrivelse med forslag til videre innsats, og hvor både sosialtjenesten og institusjonen bidrar med sitt. Slik vil tilbakeholdelsesprosessen bære preg av å være et felles prosjekt hvor man faktisk også forventes å skulle utarbeide noe felles.

Dette burde ideelt sett være et svar på fylkesnemnda sitt opprinnelige vedtak, og også kunne tjene som et evalueringsdokument for både det konkrete saksutfallet og for samarbeidet systemene i mellom.

Det er slik jeg opplever det ingen logisk grunn til at en skal opprettholde en praksis innen et tverrfaglig samarbeid i en tilbakeholdssak, med at institusjonen skal utarbeide en egen epikrise og sosialtjenesten en egen tiltaksplan hver for seg.

## **7.4 Verktøy for evaluering**

Studien viser at det pr. i dag ikke foreligger verktøy eller rutiner for å evaluere samarbeidsprosessen mellom sosialtjenesten og institusjonen underveis i en sak om tilbakehold.

For å kunne kvalitetssikre et tilbakeholdsopphold i institusjon, er det behov for at det utvikles evalueringsverktøy, og at det innføres rutiner for hvordan dette kan håndteres i praksis.

Verktøyet bør fange opp hvordan kontakten har vært, hvor forutsigbart samarbeidet har foregått og om forventningene aktørene imellom har blitt innfridd eller ikke.

Evalueringen bør til dels foregå felles og foretas separat av de ansatte på institusjonen og i sosialtjenesten. Systematiseringen av dataene bør foretas av representanter ved institusjonen og materialet så bringes inn i de felles kompetansehevende tiltak og seminarer som avholdes om tematikken tilbakehold. Dette kunne fungert som en praktisk læringsarena for begge partene.

## **7.5 Fylkesnemnda sin funksjon**

Et av spørsmålene en kan reise er om fylkesnemnda innehar en alt for passiv rolle i forhold til gjennomføringen av det vedtaket de har fattet og satt i verk. I forhold til sosialtjenesten blir det i liten grad ført ettersyn med den mandatutøvelsen tjenesten faktisk skal utføre i en sak om tilbakehold.

Fylkesnemnda og dets vedtak kan være et sentralt dokument for å få dette tydeligere på plass. Vedtaket bør inneholde et eget punkt hvor en skisserer hvordan sosialtjenesten har tenkt å følge opp det vedtak fylkesnemnda fatter, slik at dette kan følge saken videre og pålegge sosialtjenesten å utøve det mandat den faktisk er tillagt.

Jeg har ikke foretatt noen selvstendig gjennomgang av fylkesnemndenes vedtak for å se om dette gjøres i de konkrete saker. Ut fra de opplysninger jeg har fått frem i min undersøkelse, er det vel mye som tyder på at dette ikke blir gjort.

En kan jo stille spørsmål ved om ikke fylkesnemndene burde ha hatt en selvstendig evalueringsplikt i forhold til sine egne vedtak. Eller i det minste at det forelå en varslingsplikt til fylkesnemnda dersom sosialtjenesten for eksempel ikke var til stede i saken, slik informantene fra institusjonen opplevde at kunne være tilfellet i så mange som halvparten av sakene. Skal det mandat sosialtjenesten tillegges via deres vedtak kunne styrkes og forbedres i

praksis, er det behov for et system for evaluering og korrigeringer. Slik jeg oppfatter det foreligger det ikke noen rapporteringsrutiner til fylkesnemnda for verken hva plasseringen resulterte i, eller for hvordan deres vedtak ble effektivt og håndtert underveis

Det er tvil om fylkesnemndene vil kunne fungere som en slik evalueringsinstans, ut over det å legge klare føringer i det vedtaket som fattes. Dette bør kanskje derfor legges til et annet forvaltningsorgan. Det mest naturlige ville kanskje kunne være fylkesmannen/fylkeslegen, og spørsmålet er vel om de ikke allerede har et ansvar for dette ut over hva som praktiseres i dag. Det foreligger en plikt for sosialtjenesten til å utarbeide en tiltaksplan for pasienten som er på tilbakehold. Et interessant spørsmål er vel da om dette gjøres i alle saker, hvem får denne planen og hvem meldes det eventuelt avvik til?

Det er slik jeg opplever det behov for å foreta en gjennomgang av fylkesnemnda sin tillagte rolle og funksjon i denne typen saker, og søke å oppdatere og tilpasse denne til dagens behov. Det foreligger et nytt og lite samkjørt lovverk, hvor også gjennomførte organisatoriske endringer aktørene imellom vil ha betydning for gjennomføringen og måloppnåelsen i denne typen saker.

Jeg vurderer de faktorene jeg trekker frem her som sentrale og spennende å teste ut for å se om de kunne fremme det tverrfaglige samarbeidet mellom sosialtjenesten og institusjonen underveis i en plassering etter den nåværende helse og omsorgstjenesteloven § 10-2. Dette kunne egnet seg svært godt som et utgangspunkt for en ny undersøkelse, iverksatt og fulgt opp i et samarbeid mellom sosialtjenesten og institusjonen.

Jeg opplever selv å ha hatt et stort eget utbytte av å gjennomføre denne studien. Det har vært særlig interessant å skulle nærme seg et tema som jeg selv står oppe i på en helt ny og annerledes måte. Dette har ført til at jeg har fått øynene opp for utfordringer jeg tidligere ikke har vært så klar over, og har sett behovet for å i større grad trekke teori inn i det praksisfeltet vi står oppe i når det gjelder tilbakehold. Det er et skrikende behov for å utvikle metodiske tilnærminger for hvordan samarbeidet mellom sosialtjenesten og institusjonen skal kunne etableres, og legge forholdene til rette for at et fruktbart tverrfaglig samarbeid instansene imellom underveis i prosessen tilbakehold gjør seg gjeldende. Det begrensede tidsaspektet for selve tilbakeholdet, og alvorlighetsgraden av det å yte tilbakehold av personer, tilsier at systemene har et særdeles viktig ansvar i forhold til å sørge for at i det minste forutsetningene for- og samarbeidet dem imellom er på plass i en slik sak.

## 8. Litteraturliste.

- Evjen, R., T. Øiern og K.B. Kielland. (2003). *Dobbelt opp: om psykiske lidelser og rusmisbruk*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Gerdner, A. og M. Berglund (2010) *Översikt om tvångsvård vid missbruk – effekt och kvalitet. Till Missbruksutredningen*. <http://www.sou.gov.se/missbruk/publikationer.htm>
- Handlingsveileder i bruk av tvang overfor rusmiddelmissbrukere etter sosialtjenesteloven §§6-2, 6-2a og 6-3, 1999. Oslo. Sosial og Helse Departementet.
- Knudsen, H. (1993). ”Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser.” I Pål Repstad (red.), *Dugnadsånd og forsvarsverker- tverretatlig samarbeid i teori og praksis*. Oslo. Tano.
- Kvale, S. og S. Brinkmann (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Lauvås, K. og P. Lauvås (2004). *Tverrfaglig samarbeid: perspektiv og strategi*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Lien, R. S. og E. Nilssen (2000). *Bruk av tvang i behandlingen av voksne rusmiddelmissbrukere*. Bergen, SEFOS.
- Lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (sosialtjenesteloven)
- Lov av 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester (barnvernloven-bvl).
- Lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven-sphlsl.)
- Lov 24. juni 2011 nr 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).
- Lundeberg, I. R., K. Mjåland, K.H. Søvig, E.Nilssen og B. Ravneberg (2010). *Tvang overfor rusmiddelavhengige: evaluering av Lov om sosiale tjenester §§ 6-2, 6-2a og 6-3*. Bergen. Rapport 2-2010 fra Uni Rokkansenteret.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Ot.prp. nr. 3 (2002-2003 ) Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere, Rusreform I).
- Ot.prp. nr. 54 (2002-2003) Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuell plan).
- Prop. 91 L (2010-2011) Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (helse og omsorgstjenesteloven).
- Repstad, P. (2004). *Dugnadsånd og forsvarsverker: tverretatlig samarbeid i teori og praksis*. Oslo, Universitetsforlaget.

Rundskriv I-1/93 til Lov om sosiale tjenester m.v. (Sosialdepartementet 21.12.1992)

Sandvig, A. (2000). *Tvang i Tyrili: en undersøkelse av plasseringer etter Lov om sosiale tjenester §§ 6-2 og 6-2a i perioden 1995-1999*. Oslo, Tyrilistiftelsen.

Sosialtjenesteforskriften av den 04. desember 1992 nr. 915.

Steiro, A. K. (2009). *Tvangsbehandling av opioidavhengige*. Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

St. meld. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted- til rett tid.

Søvig, K. H. (2007). *Tvang overfor rusmiddelavhengige: sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3*. Bergen, Fagbokforlaget.

Welle-Strand, G. (1998). *Tvang i behandling av rusmiddelbrukere etter §§ 6-2, 6-2a og 6-3 i Lov om sosiale tjenester: evaluering av erfaringer fra Akuttinstitusjonen Ullevål 1.194-30.4.98*. Oslo, Akuttinstitusjonen Ullevål : Oslo kommune.

Willumsen, E. (2009a). Differensiering og integrering – dynamikken i tverrprofesjonelt samarbeid? I: Willumsen, E (Red): *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo, Universitetsforlaget: 35-51.

Willumsen, E. (2009b). Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning i helse- og sosialsektoren. I: Willumsen, E (Red): *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo, Universitetsforlaget: 16-32.



# Vedlegg 1: kvittering fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste

<http://pvo.nsd.no/meldingsarkiv/prosjektdetaljer/?iid=2&pnr=27519>

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Jørgen G. Bramness  
Senter for rus og avhengighetsforskning SERAF  
Universitetet i Oslo  
Kirkeveien 166  
0450 OSLO

Vår dato: 30.08.2011

Vår ref: 27519 / 3 / MSS

Deres dato:

Deres ref:

## KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 24.06.2011. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 25.08.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

27519  
Behandlingsansvarlig  
Daglig ansvarlig  
Student

Tilbakehold og samhandling: Utfordringer for 1. og 2. linjetjenesten i en § 6-2 sak  
Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder  
Jørgen G. Bramness  
Per-Willy Ormestad

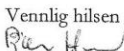
Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.05.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen  
  
Bjørn Henriksen

  
Marie Strand Schildmann

Kontaktperson: Marie Strand Schildmann tlf: 55 58 31 52  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Per-Willy Ormestad, Lindeveien 19, 4515 MANDAL

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyre.svanva@svt.ntnu.no  
TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-arne.andersen@uit.no

## Vedlegg 2: informasjonsskriv til deltagere i undersøkelsen

*Informasjonsskriv vedrørende deltagelse i forskningsprosjektet:*

”Tilbakehold og samhandling; utfordringer for 1. og 2. linjetjenesten i en § 6-2 sak.”

Jeg henvender meg til deg for å spørre om du er villig til å bli intervjuet i forbindelse med ovennevnte forskningsprosjekt.

Tilbakehold er en alvorlig inngripen i den enkeltes frihet og gjennomføringen av en slik sak er en prosess med utfordrende overganger både før, under og etter en slik plassering.

Identifisering av mulige faktorer som kan fremme god samhandling, arbeidsdeling og klargjøre forventninger kommune og institusjon imellom, anses å ha stor betydning for å få til en mest mulig ivaretaende og hensiktsmessig prosess for pasienten i gjennomføringen av en slik sak.

Målet med prosjektet er å søke å finne faktorer som fremmer samhandlingen mellom institusjonen som utøver tilbakeholdet og kommunens sosialtjeneste som både initierer tilbakeholdet, og som har det koordinerende ansvaret underveis og videre etterpå. Videre å diskutere tiltak som kan fremme denne samhandlingen.

I evalueringen av blant annet sosialtjenesteloven § 6-2, har Uni Rokkansenteret (Lundeberg, Mjåland et al. 2010) gjort som ett av sine hovedfunn behovet for å styrke samarbeidet og dialogen mellom kommune og spesialisttjenesten, samt å tydeliggjøre arbeidsdelingen- og å klargjøre forventningene disse imellom i gjennomføringen av en slik sak. Rapporten har ikke tatt fore seg eller gått i dybden for hvordan dette i praksis kan gjøres. Gjennom intervjuer med erfarne fagfolks erfaring med samarbeid rundt denne typen saker, vil dette søkes belyst

Prosjektet er en del av en masterstudie ved Universitetet i Oslo, Institutt for klinisk medisin v SERAF- senter for rus og avhengighetsforskning. Prosjektet starter opp august/september 2011 og er planlagt fullført mai 2012. Opplysningene vil bli benyttet i selve masteroppgaven samt i en evt. mulig publikasjon i ettertid.

Undertegnede arbeider alene med prosjektet og mottar veiledning av professor Anne Marie Støkken ved Universitetet i Agder.

Jeg vil intervju 2-3 personer ansatt ved en post som utfører tilbakehold, hvor jeg har fått samtykke fra enhetsleder til å gjøre dette, samt 2-3 ruskonsulenter i omkringliggende kommuner som har erfaring med å forholde seg til institusjonen i slike saker. Det vil være et kriterium for deltagelse at man har erfaring fra 2 eller flere slike saker.

Fokuset i intervjuet vil være på din erfaring med å jobbe med slike saker, og hva du opplever at fremmer og hemmer samhandlingen institusjon og kommune imellom i en slik sak.

Intervjuet vil ta omtrent 1-1,5 time, der de første og siste 10 minutter er satt av til informasjon og avslutning. Du velger sted for intervjuet. Det viktigste er at det er mest praktisk og lite tidkrevende for deg og at vi kan sitte uforstyrret i tiden intervjuet foregår. Jeg vil benytte

opptaker, hvor selve intervjuet vil bli transkribert snarest mulig etter at det er gjennomført. Dette vil bli slettet så snart prosjektet er gjennomført og oppgaven er levert.

I oppgaven vil verken navnet på, eller gjenkjennbare opplysninger om institusjon, kommune eller den enkelte respondent fremkomme. Denne typen informasjon vil også utelates i transkriberingen dersom de skulle fremkomme i selve intervjuet/opptaket. Prosjektet med dets bruk av- og oppbevaring av opplysninger er meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD).

Jeg satser på å starte opp med intervjuene i september måned, og vil ta kontakt med deg i løpet av noen dager etter at jeg har fått undertegnet skjema i retur for å avtale tidspunkt og sted dersom det er aktuelt for deg å delta. Ønsker du kontakt før jeg ringer kan jeg nåes på 46801523 eller via mail: [per.willy.ormestad@kristiansand.kommune.no](mailto:per.willy.ormestad@kristiansand.kommune.no).

Jeg håper du vil finne prosjektet interessant og at du kunne tenke deg å delta.

Det understrekes at det er frivillig å delta og at du når som helst i løpet av prosjektet kan trekke deg fra videre deltagelse og få allerede innhentede opplysninger slettet.

Kristiansand, 01.09.2011

Med hilsen

Per Willy Ormestad.

Samtykkeerklæring i forbindelse med deltagelse i prosjektet : ”Tilbakehold og samhandling; utfordringer for 1. og 2. linjetjenesten i en § 6-2 sak.”

Jeg er kjent med målsetting og opplegg for prosjektet skissert i informasjonsskriv datert 01.09.2011

Jeg ønsker å delta som respondent i studien.

Dato:

.....

Sign.

### **Vedlegg 3: temaliste for intervju**

- 1.
2. Bakgrunnsvariabler.
  - a. profesjon, rolle og erfaring med tilbakehold.
3. Hvordan oppfatter du sosialtjenestens- og institusjonens formelle rolle å skulle være i de forskjellige faser i tilbakeholdet?
  - a. hvordan opplever du at den er?
  - b. hvordan mener du den burde være?
  - c. hva kan fremme eller hemme det å oppnå dette?
4. Hvordan oppfatter du betydningen av samhandling sosialtjenesten og institusjonen imellom i de forskjellige faser i tilbakeholdet?
  - a. hvordan opplever du at den er?
  - b. hvordan mener du at den burde være?
  - c. hva fremmer eller hemmer det å kunne oppnå dette?
5. Hvilke arenaer og metoder for samhandling oppfatter du som viktige?
  - a. hvordan opplever du at de benyttes i praksis?
  - b. hvordan mener du at det burde være?
  - c. hva kan fremme eller hemme at dette gjøres?
6. Hvor klart oppfatter du det formelle oppdraget rundt en plassering å være?
  - a. hvordan opplever du at det er i praksis?
  - b. hvordan mener du det burde være?
  - c. hva fremmer eller hemmer at det er slik?
7. Hvordan oppfatter du at kulturforskjeller og profesjonsforskjeller virker negativt eller positivt inn i slike saker?
  - a. hvordan opplever du at dette gir seg konkrete utslag i praksis i de ulike faser av tilbakeholdet?
  - b. hvordan burde det være?
  - c. hva fremmer eller hemmer at det er slik?
8. evt andre forhold du mener er av betydning?

## Vedlegg 4: subgrupper, kondensering og sammenfatning av data

### 1. Kontakt.

#### Subgrupper:

- å møtes og komme sammen tidlig
- å ha tette samarbeidsmøter også uten bruker
- å ha faste ansvarsgruppe møter
- å avholde egne møter med fokus på samarbeid
- å ha en dialogsetting hvor en snakker sammen

#### Kondensering:

Det er viktig med et tidlig møte for å komme sammen, ha en dialogsetting og fokusere på praktisk tilrettelegging og planlegging av arbeidet som skal gjennomføres underveis i tilbakeholdet.

Samarbeidet kommunen og institusjonen i mellom bør være i fokus på et eget møte satt av til dette, hvor en kan sette dette mer i system. Å ha en plan for møtevirkksomheten underveis, for hvordan kontakten skal foregå, hvor en har en gjensidig forpliktelse for å delta i ansvarsgruppen som etableres rundt den enkelte bruker. Denne formen for samarbeidsmøte er uavhengig av brukeren og kan ta for seg mer generelle ting som rammen man jobber under.

#### Sammenfatning:

Det er store variasjoner fra kommune til kommune og fra sak til sak. Det bør være mer og tettere kontakt mellom institusjonen og kommunen enn hva det er nå, med tidlige samarbeidsmøter, også uten brukeren, hvor det i en dialogsetting snakkes om og fokuseres på dette med samarbeidet som må til underveis i plasseringen. Hvor de som har iverksatt saken om tilbakehold møter de som skal gjennomføre tilbakeholdet. Hvor begge kan forplikte seg til å være med i samarbeidet rundt å videreføre og slutføre den prosessen som er satt i gang. Gjennom å være synlig til stede, å delta aktivt i planarbeidet, prioritere å komme sammen og å bruke tid i deltagelsen i ansvarsgruppa opprettet rundt den enkelte. At man er enige om å fokusere på ansvarsgruppemetodikk som hovedmetoden for samarbeidet, og at man fungerer som ei ansvarsgruppe.

## 2. Forutsigbarhet:

### Subgrupper:

- Prosedyre og handlingsveileder
  - o planlagt og strukturert løp
  - o praktisk tilrettelagt
  - o satt i system
  - o likt for alle
- tydelige roller
- plan b

### Kondensering:

Usikkerhet rundt roller, hvem som har hvilket ansvar ift hva etter at plassering er foretatt og med store variasjoner fra sak til sak ift hvordan samarbeidet fungerer, tilsier at det er behov for å utvikle prosedyrer for ivaretagelsen av dette nedtegnet i en egen handlingsveileder.

En handlingsveileder med anbefalinger og føringer for hvordan den praktiske samhandlingen kommunen og institusjonen imellom kan fremmes, utvikles og ivaretas underveis i plasseringen.

### Sammenfatning:

Det er store forskjeller fra sak til sak i forhold til hvor strukturert og planlagt gjennomført samarbeidet rundt den enkelte brukers plassering er. Fokus på samarbeidsprosessen er fraværende. Det burde vært en prosedyrebeskrivelse, utarbeidet av institusjonen og kommunene i fellesskap, som kunne sikret at samarbeidet rundt gjennomføringen av plasseringen var satt i system. Med en tydeliggjøring av hva som burde skje når, fra og med det første møtet mellom institusjonen og kommunen føre plasseringen er foretatt, med et forventet opplegg frem til endt opphold. Slik at en kunne sette opp og bli enige om samarbeid og møtevirksomhet gjennom hele prosessen fra første steg. En ramme omformet til en handlingsveileder som kunne gjelde alle, som er tilgjengelig, slik at alle vet hva som skjer og kan sette seg inn i dette på forhånd. Med fokus på å avklare hvem som har hvilken rolle og ansvar for hva i prosessen. Med fokus på også det å utvikle en plan B for formålet med plasseringen dersom dette ikke skulle oppnås.

### 3. Forventninger.

#### Subgrupper:

- systemforståelse
- felles mål
- ydmykhet, respekt og profesjonalitet

#### Kondensering:

Institusjonen forstår ikke det kommunale systemet og kommunen vet ikke hva som skjer på institusjonen.

Det oppstår urealistiske krav og forventninger i forhold til både kommune og institusjon. Det er behov for en dialog slik at man ikke bare tar ting for gitt.

#### Sammenfatning:

Uvitenhet og mangel på kjennskap til hverandres muligheter og begrensninger fremmer grunnlaget for urealistiske krav og forventninger. Det er behov for å utvikle en systemforståelse slik at man i størst mulig grad kan ha realistiske krav og forventninger til hverandre. Institusjonen og kommunene må kjenne til hvordan de hver for seg som systemer er organisert og fungerer i praksis. Dette må skje i en dialog og ikke slik at en bare tar ting for gitt. Gjennomføringen av tilbakehold må sees på som et felles prosjekt, hvor begge er like ansvarlige og jobber sammen for å oppnå et felles mål. Med tydelige roller overfor hverandre, med et godt samarbeidsklima i bunn basert på gjensidig respekt, ydmykhet, profesjonalitet og hvor man tar felles ansvar for å gjennomføre en best mulig prosess for alle parter.

## Vedlegg 5: matrise

	K1	K2	I1	I2
<b>Engasjement og prioritering.</b> <b>(deltagelse i det som skjer)</b>	<p>mye og mer kontakt enn nå.</p> <p>tilgjengelige</p> <p>intensivt</p> <p>møtes tidlig</p> <p>å bruke tid på dette</p> <p>samarbeidsmøter uten bruker</p> <p>snakke sammen</p> <p>egne møter m fokus på samarbeid</p> <p>planlegge sammen</p> <p>ansvarsgrupper</p>	<p>litt på sidelinjen</p> <p>tette</p> <p>samarbeidsmøter</p> <p>dialogsetting</p> <p>personlig kontakt</p> <p>nettverk</p> <p>komme sammen</p>	<p>pausetilstand</p> <p>hvilepause</p> <p>lite synlige</p> <p>intens de første uker</p> <p>ansvarsgrupper</p> <p>ofte møter</p>	<p>deilig når de er vekke</p> <p>jobben starter når de kommer ut</p> <p>dropper ut</p> <p>er ikke interessert</p> <p>de som følger de ser</p> <p>lite tilstede, klager mest</p> <p>sluttfører ikke jobben</p> <p>manglende idealisme</p> <p>manglende driv</p> <p>samarbeid viktig</p> <p>å være på</p> <p>ansvarsgruppe</p> <p>samarbeid</p>



<b>Struktur, prosedyrer og handlingsveileder.</b>  <b>(Forutsigbarhet i hva som kommer)</b>	planlagte møter et strukturert løp legge en plan satt i system felles prosedyre likt for alle tydelige roller handlingsveileder evaluering	ivaretagelse fraværende fokus på prosess	tilrettelagt praktisk fremtidsrettet stor variasjon skal ha det sånn klart på forhånd noen felles rammer forberedt inntak plan for møter, før innleggelse lage plan b	store forskjeller følge opp og legge planer tilfeldig hvordan det jobbes prosedyre brosjyre, veiledning for gjennomføringen veileder kompetansebase fokus på samarbeidet plan for tilbakeholdet innstilt på hva en skal
---	--	---	---	--

<b>Tydelig ansvar og klare roller (realistiske forventninger)</b>	systemforståelse realistiske krav vite hva forventningene er dialog ikke ta ting for gitt uvitenhet	dårlig tid på etterskudd stress skal passe på legge plan sørge for et løp videre gjensidig respekt ansvarliggjøring profesjonalitet ydmykhet et felles mål å jobbe sammen og ikke mot hverandre. fraværende evaluering egen ballast og erfaring	delta i mottaket informerte brukere vite hva det betyr å legge noen inn vite hvilken jobb som gjøres erfaring et felles prosjekt godt samarbeid i bunn	tar vare på deg ikke noe med vedtaket et oppfølgingsansvar usikre roller hva en tror, mener og skal tydeligere føringer vite hva mulighetene og begrensningene er tydelige roller vite hva tvang er, hva den utløser følge opp og være med spesialisering ute kommunene samhandler ikke seg imellom samhandling veldig opp og ned felles opplæring.
---	--	--	--	---

